UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CONCILIATION EMPLOI-FAMILLE/VIE PERSONNELLE :
SON INCIDENCE SUR LE PARCOURS PROFESSIONNEL ET LA
RÉTENTION DE LA MAIN D'ŒUVRE DANS LA SANTÉ.

THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT EN ADMINISTRATION

PAR

NADIA LAZZARI

OCTOBRE 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.01-2006). 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.»

 \grave{A} ma fille Camille

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Diane Gabrielle Tremblay, professeure à la Télé-université de Montréal, qui m'a accompagnée de manière inconditionnelle, sans jamais compter son temps, tout au long de ces quatre années. Je souhaite à tout doctorant d'avoir une directrice de thèse comme toi! Mille fois merci.

Je remercie aussi la Chaire de recherche sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir ainsi que l'Alliance Recherche Université Communauté sur la gestion des âges et des temps sociaux dirigés par Diane-Gabrielle Tremblay d'avoir financé et soutenu ma recherche.

Je remercie aussi ma famille, mes amis qui, jamais, n'ont douté de moi. Leur écoute et leurs encouragements m'ont permis d'avancer et de croire en la réalisation de mon projet. Merci aussi à toi Mina, mon amie, qui a, avec ton chaleureux accent méditerranéen et ta bonne humeur, ensoleillé ces quelques années. Un merci tout particulier à ma fille Camille qui a su comprendre qu'en doctorat il m'était difficile de concilier les études et la famille. Comme le dit un proverbe dérivé des essais de Montaigne, les cordonniers sont toujours les plus mal chaussés!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SHÉMAS	ix
LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
1.1 La mondialisation des marchés et l'intensification du travail	3
1.1.1 L'entrée massive des femmes sur le marché du travail	4
1.1.2 Le contexte démographique	5
1.1.3 Le contexte plus difficile des horaires de travail	6
1.1.4 Le contexte social	
1.2 Les coûts associés à la non prise en compte des problèmes de conciliation	9
1.3. Les transformations dans les stratégies de gestion des ressources humaines	9
1.3.1 Pénurie de main-d'œuvre	
1.3.2 Attraction et rétention.	11
1.4 Les mesures de conciliation emploi-famille	11
CHAPITRE II PORTRAIT GENERAL DU SECTEUR DE LA SANTÉ	15
Introduction	15
2.1 Évolution du système de santé québécois au fil des réformes	18
2.2 Les ressources humaines	27
2.3 Les trois paliers de la gouvernance	30
2.3.1 L'organisation des territoires socio-sanitaires	32
2.3.2 Le contexte budgétaire	32
2.4 Les propositions de solutions	34
2.5 Les différents modèles d'organisation du travail	37
CHAPITRE III DÉFINITIONS DES CONCEPTS ET FONDEMENTS THÉORIQUES	44
Introduction	44
3.1 Le concept d'attraction et de rétention de la main d'œuvre	

3.2 Le concept et la théorie de l'engagement organisationnel
3.3 Le concept et la théorie de la motivation
3.4 Le concept et la théorie de la reconnaissance
3.5 La notion de conciliation emploi-famille et les théories rattachées
3.6 Le concept de parcours de vie (life course)
3.7 Les théories des carrières
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE
Introduction
4.1 Le cadre épistémologique
4.2 Objet de recherche, questions de recherche et méthodologie
4.2.1 Objet de la recherche
4.2.2 Les questions de recherche
4.3 Le cadre méthodologique
4.4 La stratégie de l'étude à cas multiples
4.5 L'unité d'analyse
4.6 Les sources de données
4.7 La procédure de cueillette des données
4.8 Le guide d'entrevue
4.9 Le déroulement et le type d'entrevues
4.10 L'analyse et l'interprétation des données
4.11 Validité et fiabilité de la recherche
4.11.1 La validité du construit
4.11.2 La validité interne
4.11.3 Validité externe ou transférabilité
4.11.4 La fiabilité
4.11.5 La fiabilité de l'entrevue
4.11.6 La fiabilité de l'instrument de mesure
4.11.7 La fiabilité des résultats
4.12 Les considérations éthiques 85

CHAPITRE V
RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES INFIRMIÈRES 87
Introduction
5.1 Description du milieu professionnel
5.1.1 Les fonctions d'infirmières
5.1.2 La formation des répondants
5.2 Portrait des répondants
5.3 Entrée des répondants dans le milieu professionnel
5.4 Les sources de difficulté en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle 96
5.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie
personnelle 104
5.5.1 Les mesures portant sur l'aménagement du temps de travail
5.5.2 Les stratégies de contournement
5.5.3 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du
temps de travail
5.5.4 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi
5.6 L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur
l'engagement, la motivation, la rétention
5.7 L'importance des facteurs et parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières 128
CHAPITRE VI
RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES PROFESSIONNELS
Introduction
6.1. Description du milieu professionnel des professionnels de réadaptation physique 133
6.1.1 Le mandat des professionnels de la santé
6.1.2 La pénurie de main d'œuvre
6.1.3 La formation des répondants
6.1.4 Les caractéristiques démographiques
6.2 Portrait des répondants
6.3 Entrée des répondants dans le milieu professionnel
6.3.1 Influence dans le choix de la profession
6.3.2 Entrée en lien avec les études
6.4 Les sources des difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle 141

6.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie
personnelle
6.6 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de
travail
6.6.1 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi
6.6.2 L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur
l'engagement, la motivation la rétention
6.7 L'importance des facteurs et parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières 172
CHAPITRE VII RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES PARAMEDICS
Introduction
7.1 Description du milieu professionnel des paramédics
7.1.1 Les fonctions des paramédics
7.1.2 La formation des paramédics
7.2 Portrait des répondants
7.3 Entrée des répondants dans le milieu professionnel
7.3.1 Influence dans le choix de la profession
7.3.2 Entrée en lien avec les études
7.4 Les sources des difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle 184
7.4.1 Les horaires des paramédics
7.4.2 Les conséquences des horaires
7.4.3 Les liens entre les difficultés et la rétention des paramédics
7.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie
personnelle
7.6 Les stratégies de contournement
7.7 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de
travail
7.7.1 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi
7.7.2. L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur
l'engagement, la motivation la rétention
7.8 L'importance des facteurs et parçours familiaux pour revoir la théorie des carrières 207

CHAPITRE VIII LES PERCEPTIONS DES DRH ET DES REPRÉSENTANTS SYNDICAUX SUR LA CONCILIATION EMPLOI-FAMILLE
8.1 Le contexte de travail
8.2 Les mesures offertes par les employeurs en ce qui a trait à la conciliation emploi-
famille/vie personnelle
8.3 Les mesures offertes par les employeurs en fin de carrière
CHAPITRE VX COMPARAISON DES TROIS GROUPES PROFESSIONNELS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS
Introduction 227
9.1 La pénurie de main d'œuvre
9.1.1 La difficulté des conditions de travail
9.1.2 Les liens entre les difficultés et les possibilités de rétention de la main d'œuvre 231
9.1.3 La formation continue comme facteur de rétention de la main d'œuvre
9.2 Les pratiques de gestion des ressources humaines offertes
9.2.1 Les mesures portant sur le temps de travail
9.2.2 Les mesures portant sur la santé et le mieux être
9.2.3 Les mesures en fin de parcours
9.2.4 Quelques autres mesures
CONCLUSION
ANNEXE 1 COURRIER DE PRISE DE CONTACT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS263
ANNEXE 2 FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À PARTICIPER À UNE ENTREVUE264
ANNEXE 3 ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ DE L'ÉQUIPE267
ANNEXE 4 GUIDE D'ENTREVUES CONCERNANT LES EMPLOYÉS268
ANNEXE 5 THÈMES DES ENTREVUES AVEC LES DRH OU LES SYNDICATS
ANNEXE 6 PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES INFIRMIÈRES

ANNEXE 6 bis AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI - GROUPE DES INFIRMIÈRES
ANNEXE 7 PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES PROFESSIONNELS DE RÉADAPTATION
ANNEXE 7 bis AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI - GROUPE DES PROFESSIONNELS DE RÉADAPTATION
ANNEXE 8 PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES PARAMEDICS
ANNEXE 8 bis AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI- GROUPE DES PARAMEDICS
ANNEXE 9 CERTIFICAT D'ÉTHIQUE289
BIBLIOGRAPHIE 290

LISTE DES SHÉMAS

Schéma	Page
2.1 Composition d'un réseau local de services	2
2.2 Organisation du réseau québécois de la santé e	t des services sociaux2
3.3 Modèle d'intégration de la motivation au trava	il (Pépin, 1993)50
3.4 Modèle ABC de Carrière Kaléidoscopique, po	ur les femmes65

LISTE DES TABLEAUX

Ta	bleau	Page
2.1	Établissements et lieux où les projets <i>Lean</i> ont été mis en place	39
4.2	Portrait des répondants en nombre et par groupe professionnel	74
4.3	Portrait en nombre de DRH et de représentants syndicaux par groupe professionnel	75
5.1	Calendrier des entrevues par établissement	89
5.2	Formation des infirmières	91
5.3	Caractéristiques familiales des répondants et horaires de travail	92
5.4	Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi	116
5.5	Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi	120
6.1	Calendrier des entrevues	136
6.2	Caractéristiques familiales des répondants et horaires de travail	137
6.3	Motifs qui incitent à quitter l'emploi	152
6.4	Motifs qui incitent à demeurer en emploi	153
6.5	Type d'horaires en fonction de l'âge et du genre des professionnels	156
6.6	Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi.	164
6.7	Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi	167
7.1	Calendrier des entrevues concernant les paramédics	177
7.2	Portrait des répondants selon le genre, l'âge et le statut d'emploi	178
7.3	Horaires des paramédics	184
7.4	Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi.	199

7.5	Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi	202
8.1	Calendrier des entrevues par établissement.	211

RÉSUMÉ

Nous avons réalisé une étude des difficultés, des perceptions, des besoins, des comportements et des pratiques développées par les infirmières, les professionnels de réadaptation et les paramédics, en regard de la gestion de leur temps de travail, de leurs temps sociaux, ainsi qu'en relation aux pratiques de gestion dans les entreprises. Celle-ci s'est réalisée dans une perspective de conciliation emploi-famille/vie personnelle pour les individus, mais aussi d'engagement et de rétention de la main-d'œuvre pour les entreprises.

En réponse à notre première question de recherche, nous avons constaté que pour les trois catégories socioprofessionnelles les difficultés de conciliation sont surtout dues à la surcharge de travail, aux horaires atypiques, à l'imprévisibilité des horaires ainsi qu'à un manque de flexibilité dans les horaires concernant les infirmières et les paramédics.

Notre seconde question de recherche portait sur les pratiques de gestion des ressources humaines et, en particulier les mesures de conciliation. Nous avons vu que les employeurs offrent essentiellement le travail à temps partiel, très utilisé par les femmes des trois groupes suite à la naissance des enfants, la semaine comprimée en quatre jours (professionnels de réadaptation), la flexibilité des horaires plus soutenue pour le groupe des professionnels de réadaptation que pour celui des infirmières. En fin de carrière, la retraite progressive permet aux infirmières de se désengager temporellement pour pouvoir poursuivre leur carrière et concilier la sphère professionnelle et familiale.

Concernant notre troisième question, sur l'effet des pratiques de GRH sur l'engagement (affectif, normatif, de continuité), sur la motivation, et la rétention de main-d'œuvre, nous avons noté que concernant les professionnels de réadaptation, les pratiques de semaine de travail comprimée en quatre jours, de flexibilité des horaires, et de congés différés sont très intéressantes. Pour les infirmières, ce sont les pratiques de temps partiel volontaire, d'horaires de 12h, la possibilité de travailler de jour ou de nuit, de choisir le temps partiel qui sont très intéressantes. Pour les paramédics, la pratique de temps partiel volontaire, seule pratique offerte, est très intéressante pour les jeunes mères. Toutes ces pratiques ont un impact positif sur l'engagement organisationnel des professionnels de santé, leur permettant de tisser un lien affectif et normatif avec l'établissement et ont une influence positive sur la rétention du personnel.

Enfin, nous avons montré que les éléments familiaux et du parcours de vie familiale bien que présents dans certaines théories des carrières ne tiennent pas suffisamment compte de ces éléments pour comprendre les parcours professionnels et les choix de carrière, à différents moments du parcours de vie. Nous avons souligné que les pratiques de gestion semblent ne toujours pas tenir compte de la complexité des carrières féminines aux prises avec des responsabilités familiales qui s'appliquent aussi de plus en plus aux hommes qui souhaitent concilier l'emploi et la famille. Nous avons également mis en évidence l'imbrication des trajectoires professionnelles et familiales/personnelles chez les individus âgés en fin de parcours professionnel, soulignant ainsi que cette problématique s'étend tout au long du parcours de vie et non seulement en présence d'enfants. Nous avons montré l'importance de la diversité des ancres de carrière chez une même personne, et la persistance de ces ancres (dévouement à une cause, qualité de vie), mais parfois aussi le changement de la prédominance d'une ancre ou une autre, tout au long du parcours de vie. Nous avons confirmé l'importance d'une cinquième étape du parcours de vie (infirmières et professionnels de

réadaptation), soit celle du renouveau de carrière, qui avait été mise en évidence par Tremblay, Larivière et Chamahian (2010).

Mots clés : pratiques de gestion des ressources humaines, conciliation travail-famille, fin de carrière, rétention, théorie des carrières.

INTRODUCTION

L'accroissement de l'espérance de vie, la baisse des taux de natalité, le vieillissement de la population, couplés dans de nombreux pays industrialisés avec le vieillissement de la population, auront des conséquences sociales et politiques et provoqueront des changements organisationnels. C'est pourquoi les organisations sont et seront de plus en plus confrontées à la nécessité de conserver leur personnel le plus précieux et à attirer des talents pour assurer la relève, Guillemard (citée dans Tremblay, 2007, p. 15) souligne cet état de fait :

Nos façons de travailler, de répartir les temps sociaux sur le parcours de vie, de couvrir les risques sociaux, de concevoir les identités de chaque âge et les rapports entre les générations sont profondément transformés par le vieillissement de la population et la longévité accrue.

Dans un premier chapitre, nous contextualisons notre problématique afin de comprendre les changements survenus d'un point de vue économique, démographique ainsi qu'en ce qui concerne le travail, en lien avec l'objet qui nous intéresse.

Au second chapitre, nous définissons les différents concepts et théories tels : la rétention, la conciliation emploi-famille, les parcours de vie, car nous voulons montrer que les événements familiaux et les situations familiales sont des facteurs déterminants pour les parcours professionnels. D'autres concepts et théories seront mobilisés tels : l'engagement, la reconnaissance et la motivation. Enfin, nous exposerons les principales théories sur les carrières, car nous voulons montrer que les parcours de vie ne sont pas linéaires et que la non prise en compte de la conciliation emploi-famille a des incidences sur le parcours professionnel ce qui en fait un objet crucial pour comprendre les choix de carrière et les parcours professionnels.

Dans un troisième chapitre, puisque notre travail empirique porte sur trois groupes professionnels de santé (infirmières, professionnels de santé et paramédics) et afin de comprendre les problématiques que rencontrent ces divers groupes, nous présentons un portrait général des services de santé au Québec.

Notre quatrième chapitre rend compte du design de notre recherche ainsi que de la méthodologie employée pour mener à bien cette recherche.

Notre cinquième chapitre comporte trois sections en relation avec chaque groupe professionnel.

Pour finir nous discutons des résultats en comparant les trois groupes professionnels. Mais commençons d'abord par l'exposé de la problématique.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

La problématique de l'attraction et de la rétention de main-d'œuvre s'inscrit dans un contexte multiple, en lien avec le vieillissement de la population, mais aussi avec la conciliation travail-vie personnelle. De nombreux phénomènes sont en cause, ces derniers faisant en sorte qu'il est devenu de plus en plus difficile aujourd'hui de concilier travail et famille et que les entreprises ont de la difficulté à attirer et à retenir la main-d'œuvre, particulièrement dans le secteur de la santé, auquel nous nous intéressons. En effet, au Québec comme dans toutes les sociétés industrialisées, la mutation du marché du travail, celle de la famille, ainsi que les changements démographiques, occasionnent des difficultés pour concilier le travail et la famille et nombre de salariés souhaitent quitter leur employeur ou quitter le marché du travail plus tôt lorsqu'ils connaissent des difficultés sur ce plan. Notre recherche s'intéresse à cette problématique, mais nous allons d'abord la situer dans le contexte plus global du marché du travail contemporain.

1.1 La mondialisation des marchés et l'intensification du travail

Durant les années 90 l'économie a connu de nombreuses transformations auxquelles les entreprises ont dû s'adapter. La mondialisation des marchés, la multiplication de nouvelles technologies et une concurrence accrue ont provoqué des bouleversements quant à la nature du travail et à l'intensification de travail. Au fil des ans et avec l'économie fondée sur l'offre de services ont vu le jour de nombreux types d'emplois atypiques. Selon Presser, cité dans Ministère de la Famille et de l'Enfance (2003b), cette recrudescence de demandes de services est due à la présence des femmes sur le marché du travail mais aussi au vieillissement de la population, d'où des besoins de service durant de longues plages horaires en dehors des heures de travail (garderie, services de santé 24 heures pas jour, 7 jours par semaine).

Au fil des ans, les femmes sont devenues plus nombreuses sur le marché du travail. En effet, le CETECH (2010) souligne la présence accrue des femmes sur le marché du travail; alors que les hommes bénéficiaient de 445 000 emplois de plus que les femmes en 1989, en 2009 l'écart n'est plus que de 136 000 emplois. Durant cette même période, la part de l'emploi féminin a évolué de 42,9% à 48,2% de l'ensemble du marché du travail. Toujours en 2009, hormis l'emploi autonome, l'emploi salarié des femmes s'élève à 1 642 900 contre 1 636 700 pour les hommes (CETECH, 2010). Concernant la période de référence 1999 à 2008, le taux d'emploi des femmes de 25-44 ans est passé de 72,1% à 79,2% et celui des 45-54 ans de 65,6% à 77,7%. En ce qui a trait aux femmes ayant des enfants d'âge préscolaire, le taux d'emploi a progressé de 64,6 % à 72,3% et pour celles ayant des enfants d'âge scolaire de 70,9 % à 83,0% (ISQ, 2009). Le changement majeur des dernières décennies est bien la progression des mères sur le marché du travail, ce qui a remis en cause le schéma traditionnel de l'homme «gagne pain» et de la femme reléguée au foyer. Non seulement ces dernières ont acquis une autonomie financière mais elles ont aussi permis le maintien du pouvoir d'achat du ménage ainsi que des retours en impôts non négligeables pour les gouvernements l.

Avec le passage à l'économie tertiaire, la nature de l'emploi a changé et de nombreux types d'emplois atypiques ont vu le jour. Il s'agit d'emplois concernant le secteur des services qui sont davantage occupés par les femmes et qui sont effectués à des horaires souvent atypiques (Tremblay, 2004; Tremblay et Larivière, 2010), ce qui contribue à compliquer la conciliation. En 2009, les femmes représentent plus de la moitié des personnes occupant des emplois dans les services, soit 55,3 % (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2003b).

¹Des économistes ont observé que l'augmentation d'activité due aux services de garde à contribution réduite (à 7 \$) ont permis une hausse de l'activité féminine et des recettes supplémentaires en impôt. Ils ont calculé que pour 2008, l'intégration des 70 000 nouvelles travailleuses, ainsi que la croissance économique qu'elles ont générée, ont permis au gouvernement du Québec de recueillir 349 millions de plus en impôts sur le revenu des particuliers, 585 millions de plus en impôts indirects, comme la TVQ ou les taxes foncières, ou encore 318 millions de plus en cotisations sociales, comme l'assurance parentale ou le Régime des rentes. Voir : Pierre Fortin, Luc Godbout et Suzie St-Cerny (2012). L'impact des services de garde à contribution réduite du Québec sur le taux d'activité féminin, le revenu intérieur et les budgets gouvernementaux, Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques, Université de Sherbrooke, document de travail n° 2012-02, 28 p. (page consultée le 13 avril 2012).

1.1.2 Le contexte démographique

Le contexte d'accélération du vieillissement de la population contribue à accentuer les difficultés de conciliation emploi-famille. Selon les projections de l'ISQ (2010), l'indice de fécondité du Québec devrait se maintenir autour de 1,65 enfant par femme à partir de 2013 (1.45 en 2000, 1.74 en 2008). Ce taux se révèle insuffisant puisque pour assurer le renouvellement de la population il devrait s'élever à 2.1 enfants par femme. Il sera donc difficile d'atteindre le «niveau de remplacement des générations». De plus, au faible taux de fécondité s'ajoute l'allongement de l'espérance de vie. En effet selon le Ministère de la Famille et de l'Enfance la population québécoise de 65 ans et plus, devrait doubler entre 2001 et 2031. Par contre, si l'on ne trouve pas moyen d'accroître le taux d'activité des personnes de 55 à 65 ans, certains prévoient des pénuries de main-d'œuvre et plusieurs secteurs, dont la santé, en vivent déjà. Dans un tel contexte, les entreprises ont de la difficulté à attirer et à retenir la main-d'œuvre, et c'est un défi majeur pour plusieurs d'entre elles aujourd'hui.

Une étude de Statistique Canada (2002) citée dans INSPQ (2005), souligne que 27% des parents âgés de 45-64 ans possédant encore des enfants de moins de 25 ans vivant chez eux, s'occupent aussi d'une personne âgée en perte d'autonomie. Cette situation est due aux transformations du système de santé, ce dernier ayant écourté les durées d'hospitalisation, les soins étant maintenant dispensés à domicile par les membres de la famille (Ducharme et al., 2003). Certains auteurs mettent l'accent sur la pénibilité du soutien et des répercussions négatives : les aidants manquent de temps pour eux-mêmes, leur vie sociale est réduite à «peau de chagrin», ils vivent des perturbations au niveau du travail et du sommeil, du stress dû au cumul des responsabilités (Lavoie et Clément, 2002). De plus, il faut souligner une forte augmentation des personnes âgées de 80 ans ou plus, groupe qui aura le plus recours aux soins et qui devra pouvoir compter sur l'aide de la famille ou de la collectivité (Tremblay, 2008; Simard, 2006).

Tous ces éléments permettent de constater que tout au long de leur vie les employés ont des besoins différents pour concilier leurs obligations personnelles et familiales avec leurs obligations professionnelles. Alors que les employeurs doivent également faire face à des impératifs économiques (concurrence, pénurie de main d'œuvre etc.), des travaux montrent que la non prise en compte des problèmes de conciliation se traduit par des coûts importants, soit des baisses de motivation, de rendement, une hausse des retards, de l'absentéisme, etc.

(Conference Board, 1994; Tremblay, 2012). Ces mutations du marché du travail amènent donc à repenser les modes traditionnels d'organisation car il est devenu important d'attirer le personnel compétent et de mettre en place les moyens pour conserver ce personnel dans l'organisation.

1.1.3 Le contexte plus difficile des horaires de travail

La mondialisation économique a généré l'ouverture des marchés et a accentué la concurrence sur le plan international (Lapointe et al., 2003). Ainsi, le Québec s'est vu passer d'une économie axée sur le secteur primaire et secondaire vers une économie du secteur tertiaire. Ces transformations ont un impact sur l'emploi et particulièrement sur les emplois dits atypiques: temps partiel, sur appel, en fonction d'horaires variables ou travailleurs autonomes (ASPQ, 2007). Les exigences en termes d'accès aux services (commerces, restaurant etc.) se font en dehors du traditionnel « 9 à 5 » puisqu'il faut couvrir de longues plages horaires. De plus, avec le vieillissement de la population, la nécessité, d'offrir de plus en plus de services de santé 24 heures par jour, 7 jours par semaine est également une réalité (Ministère de la Famille et de l'Enfance, 2003b). Ces transformations peuvent être problématiques lorsqu'elles ne sont pas choisies mais subies par les employés car elles présentent généralement des difficultés du point de vue de la garde des enfants (Tremblay, 2003. Duxbury et Higgins, 1991, Guérin et al, 2000). Ainsi, il devient très difficile de trouver une harmonie entre la sphère professionnelle et la sphère privée, et nombre de femmes et d'hommes aspirent parfois à quitter leur entreprise ou le marché du travail en raison de ces difficultés, ce qui peut accroître les difficultés des entreprises, vu le contexte démographique actuel.

Enfin, ces difficultés liées aux horaires atypiques ont un impact sur la santé des employés. En effet, avec la présence du stress, la notion de santé psychologique a fait son apparition dans les milieux de travail. Effectivement, en l'absence de programmes explicites de conciliation travail-famille, les employés sont parfois amenés à utiliser des mesures de congé-maladie ou autres, pour pouvoir s'occuper de leur famille et plusieurs peuvent être incités à vouloir quitter une organisation qui n'offre aucune flexibilité. En effet, les absences pour des raisons personnelles (maladie, raisons familiales ou personnelles etc.) sont en augmentation. Sur ce point, Statistique Canada (2010) note une différence homme-femme car les hommes perdent

7,6 jours (6,2 maladie ou incapacité, 1,4 concernant les obligations personnelles ou familiales, contre 11,0 jours (8,9 et 2,1) pour les femmes. De plus les absences pour des obligations personnelles ou familiales sont plus importantes dans les familles qui ont au moins un enfant en âge périscolaire (3,1 contre 1,4) comparativement aux familles qui n'en ont pas. En ce qui a trait à l'âge, les jeunes de 15 à 19 ans perdent 4,7 jours pour maladie ou incapacité alors que dans la tranche des 55-64 ans, la perte s'élève à 11,2 jours pour les mêmes raisons (Statistiques Canada, 2010). On voit que les obligations familiales ne sont tout de même pas la plus importante source d'absence, de sorte qu'il ne faut pas exagérer la difficulté pour les entreprises de satisfaire les demandes des employés en cette matière — bien qu'il soit possible que des journées de maladie soient en fait utilisées pour des motifs familiaux, car les salariés hésitent souvent à admettre qu'ils s'absentent pour des raisons familiales de crainte d'effets négatifs sur leur carrière (Tremblay, 2012). Ce genre de situation n'est pas non plus favorable à un bon climat organisationnel et peut contribuer à accroître le stress.

Selon la CGSST (2003), les demandes d'indemnisation à la Commission de la santé sécurité au travail pour des lésions professionnelles liées au stress et à l'épuisement sont passées de 1,5 million de dollars en 1990 à 6,9 millions de dollars en 2001, ce qui témoigne de la progression de ces difficultés.

1.1.4 Le contexte social

En raison des mutations du marché du travail, environ la moitié des travailleurs québécois disent avoir du mal à concilier leur vie professionnelle et leur vie privée (Tremblay, 2008a, 2005, 2003a,b), En effet, le passage des femmes de la sphère privée à la sphère publique a fait apparaître diverses tensions entre les différents rôles : des tensions associées au rôle professionnel en lien avec les exigences du milieu professionnel (horaires, charge de travail etc.) et celles liées à leur vie personnelle, les tensions de comportement en lien avec un rôle spécifique difficile à concilier avec l'autre rôle; l'abondance de temps passé dans un rôle qui ne permet pas de s'investir dans l'autre rôle (Colle et Christin, 2008; Closon, 2007; Chrétien, 2005).

Selon Marshall (2006), en raison de la participation accrue des femmes au marché du travail, la proportion de couples à deux soutiens parmi les familles canadiennes ayant des enfants de moins de 16 ans à la maison est passée de 36 % en 1976 à 58 % en 1992, puis à 69 % en 2005. De même, de nombreuses familles québécoises sont composées de couples à deux carrières. Ainsi, l'Institut Vanier (2004) souligne que les familles canadiennes à double revenu constituent la norme ; selon Daly (2004), elles représentent 7 familles sur 10 au Québec. Selon Brugeilles et Sebille (2011), ces couples à double carrière sont particulièrement confrontés aux difficultés de l'articulation entre vie privée et vie professionnelle. En effet, chaque individu composant le couple souhaite progresser et conserver son niveau de vie et cela pose des problèmes si l'un des deux salariés du couple ne s'investit pas dans les responsabilités familiales pour aider l'autre, qui souhaite également mener une carrière. Ceci est particulièrement important dans les catégories des professionnels et des cadres.

De plus, malgré une meilleure implication des pères dans la vie familiale, l'ISQ (2009) souligne qu'en 2005, concernant la population des 25-44 ans ayant un emploi à temps plein, les mères sont toujours plus impliquées dans les activités liées à la famille : travaux ménagers (2,2h chez les femmes et 1,4h chez les hommes), soins aux enfants (0,7h chez les femmes et 0,5h chez les hommes). Le degré d'implication des pères en ce qui concerne les soins aux enfants varierait selon les caractéristiques des enfants (Pacaut, 2011). Ainsi, il semblerait que les pères auraient davantage tendance à s'impliquer en fonction du nombre d'enfants (plus grande implication auprès du premier né qu'auprès des enfants suivants), de leur âge (prématurés, nouveau-nés) et ils auraient également tendance à être moins engagés au fur et à mesure que les enfants vieillissent (Pacaut, 2011).

En outre, le phénomène des familles monoparentales et recomposées s'est également accentué (CIAFT et al, 2004). En effet, 17% des enfants grandissent dans des familles monoparentales, et seulement 20% d'entre eux vivent avec leur père. D'autres difficultés émergent suite à un divorce. En effet, la responsabilité des enfants repose souvent sur un parent alors qu'il travaille, la gestion du temps pose problème (parents qui ne vivent pas dans la même ville) et la complexité des rôles dans le cas des familles recomposées est un autre souci (Chrétien, 2005).

Pour finir, l'engagement familial semblerait également varier selon les différentes étapes de la vie, l'avancée en âge se traduisant souvent par des responsabilités de proche aidant, ce qui exige des mesures de conciliation appropriées à ces différentes étapes (CIAFT et al, 2004).

1.2 Les coûts associés à la non prise en compte des problèmes de conciliation

La question de l'évaluation des coûts, des mesures et des bénéfices des mesures ayant trait à la conciliation suscite souvent les mêmes réponses des entreprises. Dans le cadre d'une enquête dans six entreprises menée par le Conseil de la famille et de l'enfance (2003), les représentants des employeurs ont souligné la difficulté de chiffrer les coûts de ces mesures avec précision. Ils s'accordent à dire que les bénéfices sont indéniables mais mesurer des bénéfices d'ordre qualitatif s'avère difficile. Cependant, dans le cadre d'un projet pilote, une entreprise a évalué les coûts d'implantation du cumul et de la remise de temps pour contrer l'absentéisme : les coûts ont été nuls et de plus cette mesure a été très concluante pour l'amélioration de la production.

Une enquête du Conference Board du Canada (Paris, 1989, citée in Tremblay, 2008) menée auprès de gestionnaires en ressources humaines du Canada a permis de constater qu'entre 25 et 50 % de tous les problèmes de ressources humaines des organisations étaient associés, selon ces gestionnaires, à des problèmes de conciliation. On parle ici de problèmes de retards au travail, d'absentéisme, de motivation, de productivité et de performance globale. Ces coûts peuvent donc être en partie réduits par la mise en place de mesures de conciliation ou de services aidant les salariés sur ce plan.

1.3. Les transformations dans les stratégies de gestion des ressources humaines

Pourquoi est-il devenu important d'attirer le personnel compétent et de mettre en place les moyens pour conserver ce personnel dans l'organisation? Bien sûr, toutes les organisations cherchent à attirer et à conserver les meilleurs éléments, mais aussi, de plus en plus, la pénurie de main d'œuvre prévue dans plusieurs secteurs et catégories professionnelles (et même existant déjà dans certains cas contribue à une transformation des stratégies de gestion des ressources humaines.

1.3.1 Pénurie de main-d'œuvre

De nombreuses études mettent en évidence l'impact que pourrait avoir une baisse rapide de la population encore active aujourd'hui. En effet, au Québec, plus du tiers des travailleurs âgés de 50 à 54 ans envisagent de prendre leur retraite avant 60 ans et 40 % des plus de 55 ans souhaitent partir entre 60 et 64 ans alors que les jeunes entrant sur le marché du travail seront insuffisants pour remplacer les départs (ISQ, 2010). Plus précisément les Québécoises souhaiteraient partir plus tôt à retraite que les Québécois : 43% contre 27% pour la tranche d'âge des 50-54 ans et 45% contre 32% pour celle des 60-64 ans (ibid, 2010).

Compte tenu de ces réalités, il devient important pour les entreprises de répondre à la fois aux exigences du marché mais de tenir compte aussi des caractéristiques et des demandes des travailleurs (selon l'âge et le genre) (Bertrand et al., 2010). Mais si toutes les entreprises sont concernées, elles le sont de différentes manières ; celles qui ont une pyramide des âges élargie au sommet (personnel en âge de partir en retraite) ou à la base (personnel jeune) devront veiller au maintien des compétences, les entreprises employant des jeunes seront en compétition en ce qui concerne le recrutement avec celles qui cherchent à remplacer leur personnel parti à la retraite, alors que celles employant plus d'individus d'âges intermédiaires devront proposer des conditions de travail en lien avec les caractéristiques de leurs employés (Bertrand et al., 2010).

Outre la pénurie de main d'œuvre due aux départs à la retraite, de plus en plus de personnes compétentes quittent leur organisation pour offrir leurs services à d'autres organisations. Ces départs volontaires peuvent être compris comme une riposte à l'insatisfaction découlant des différentes restructurations menées par les entreprises dans les années 90 (Cardinal, 2004). L'insécurité de l'emploi, le manque de développement de carrière ont donc favorisé la mobilité des employés. De plus, la mentalité des jeunes travailleurs a évolué. En effet, les individus de la génération «x» et «y» possèdent apparemment des valeurs et des attentes différentes de ceux de la génération des «baby-boomers». Il semble que ces jeunes cherchent davantage un emploi stimulant, créatif et souhaitent faire carrière dans plusieurs entreprises tout au long de leur vie professionnelle (Cardinal, 2004, Saba, 2009). Ajoutons que compte tenu du déclin démographique, ces jeunes expriment probablement plus facilement leurs attentes en ce qui a trait à la conciliation travail-famille; qui sont également plus élevées. Ainsi selon de nombreux experts (dont Grenier, et Tremblay, in Tremblay 2007), il est clair

que les entreprises n'auront pas le choix d'adapter leurs pratiques et leurs stratégies d'attraction et de rétention.

1.3.2 Attraction et rétention

C'est dans ce contexte que les entreprises devraient chercher à investir de plus en plus dans de nouveaux moyens d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre en vue d'attirer les meilleurs et de réduire la taux de roulement.

En matière d'attraction, la perception que l'entreprise représente un employeur de choix est importante. Ainsi, la satisfaction des employés face au climat de travail, à la possibilité de progresser et de relever des défis, la reconnaissance et les avantages sociaux (assurance-maladie, PAE, services dentaires et autres, etc.), notamment, devient très importante.

Ces mêmes éléments contribuent grandement à la fidélisation du personnel, en parallèle avec un bon programme d'accueil et d'intégration, de la formation, de la flexibilité dans l'exécution des tâches et l'implication dans la prise de décision et dans l'organisation du travail.

1.4 Les mesures de conciliation emploi-famille

De nombreuses entreprises ont mis en place des mesures pour favoriser la conciliation emploi-famille/vie personnelle. En général, les mesures les plus recherchées par les parents, et les plus efficaces de ce fait, sont les suivantes (Tremblay, 2008), mais il faut bien sûr évaluer chaque contexte de travail pour savoir ce qui convient le mieux :

- > Horaires flexibles
- Horaire de 4 jours (comprimé ou réduit selon revenu ou présence conjoint ; pas monoparentales)
- > Télétravail (à domicile)
- > Cheminement de carrière adapté à la conciliation emploi-famille
- > Garde des enfants durant la période des congés scolaires
- > Travail à temps partiel volontaire

En ce qui a trait à l'aménagement du temps de travail, il peut se présenter sous de multiples formes, dont les suivantes :

- ➤ Horaire variable : Il permet aux employés de choisir leur horaire de travail entrée et sortie- en tenant compte d'une plage à horaire fixe.
- > Semaine de travail comprimée: La forme la plus connue est celle d'une semaine d'une durée normale, mais comprimée sur 4 jours. Cette forme est la plus appropriée dans les milieux de travail où il y a plusieurs personnes affectées au même type de travail.
- Semaine de 4 jours: il s'agit ici de faire une semaine réduite à 4 jours de travail, ce qui implique une réduction de salaire et ne peut donc être approprié pour les personnes à bas revenus.
- > Travail à temps partiel. Ce type de travail porte généralement sur 10 à 20 heures travaillées par semaine, quoique la définition formelle du travail à temps partiel soit de 30 heures et moins (selon Statistique Canada).
- ➤ Partage d'emploi. Il se distingue d'une tâche à temps partiel puisque deux employés partagent le même poste et se répartissent les responsabilités. De façon générale, ces derniers travaillent en moyenne 20 heures par semaine.
- ➤ Télétravail. Les employés travaillent à partir de la maison à plein temps ou à temps partiel (2-3 jours par semaine), ce que l'on peut aussi appeler le télétravail pendulaire. Cette mesure s'applique davantage aux types d'emplois où les employés travaillent sur des projets spéciaux où il n'est pas nécessaire d'être en contact avec d'autres employés. L'employé se déplace au bureau pour des activités telles que les réunions, etc.²

D'autres formules existent, notamment la retraite graduelle, l'accumulation des heures de travail et reprise par la suite en congé, les absences autorisées et les congés sabbatiques.

> Les effets des mesures de conciliation emploi-famille

Nous présentons un aperçu des effets des mesures de conciliation emploi-famille puisque nous nous intéressons à l'intérêt que les salariés peuvent avoir pour de telles mesures, qui

² Sur le télétravail, voir Tremblay (2003, 2002, 2001ab); Tremblay et Najem (2010) ainsi que Taskin et Tremblay (2010).

commencent aussi à être utilisés comme mesures d'attraction et de rétention de la maind'œuvre.

Alors que la pensée taylorienne soulignait que la motivation deş employés était liée directement aux récompenses pécuniaires, les théoriciens des «relations humaines» pensent que les besoins sociaux des individus sont également importants. En effet, bien que les pratiques monétaires - rémunération en lien avec le marché, primes boni - participent à la rétention du personnel, certaines recherches montrent que ces pratiques peuvent avoir des effets négatifs sur la motivation et la satisfaction au travail (Jabes, 1980). En effet selon Jabes (1980), si les récompenses extrinsèques (salaires, rémunération, promotions) sont contingentes à la performance au travail, elles peuvent avoir une influence négative sur la motivation : sentiment de jalousie voire d'iniquité, concurrence entre les employés et risques pour les employés d'occulter la réalité du processus de travail. Tout cela peut engendrer une baisse de la motivation et de la satisfaction au travail (Jabes, 1980, Brun et Dugas, 2005, Dugas, 2002). Il est donc préconisé d'employer ce type de récompenses pécuniaires avec circonspection, au risque de voir les employés s'engager plus sur des activités rémunératrices au détriment de la créativité ou de la disponibilité (St Onge et al, 2005).

L'étude de Guérin et al (1997, p. 291) menée auprès de 301 organisations québécoises a montré que la majorité des mesures ont un effet positif sur la satisfaction des employés; les mesures d'aménagement du temps de travail ont réduit l'absentéisme et les retards, le stress diminue grâce à l'aide d'urgence et au régime de travail souple, le télétravail, les services d'information et de références, ainsi que l'horaire variable et les programmes d'aides aux employés ont un impact positif sur l'engagement, l'identification à l'organisation et le rendement du personnel (Chrétien et Létourneau, 2010).

Une étude de Haines (citée dans Lero et al , 2009, p. 58) explique que la mesure d'horaire variable appliquée à Hydro-Québec a révélé que «quoique l'absentéisme a été réduit seulement auprès des cadres, la réduction du roulement de personnel a résulté en avantages supérieurs aux coûts, puisque les profits totaux qu'en retirait l'employeur (en 1994) étaient de l'ordre de 231 817 \$, tandis que ses coûts étaient de 49 846\$».

Les travaux de Tremblay (2008) témoignent aussi d'effets positifs envisagés ou observés par les entreprises lorsqu'elles mettent en place des mesures ou services favorables à la

conciliation et au mieux-être de leurs salariés (meilleure productivité, baisse des retards et de la rotation de la main-d'œuvre notamment).

En résumé, l'examen de la littérature scientifique a montré clairement les effets et l'intérêt de diverses mesures pour attirer et retenir les employés dans un contexte de pénuries de main-d'œuvre appréhendées dans certains secteurs, ainsi que de préoccupations accrues pour la conciliation emploi-famille.

Dans le chapitre suivant, dans le but d'assurer une meilleure compréhension des problématiques liées au secteur de la santé, auquel nous nous intéressons particulièrement ici, nous avons jugé important de dresser un portrait général de ce secteur au Québec.

CHAPITRE II

PORTRAIT GENERAL DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Introduction

Avant de passer au cadre conceptuel, nous souhaitons, dans cette section, dresser un portrait général du secteur de la santé au Québec. Pour ce faire, nous nous appuierons principalement sur des données officielles gouvernementales, syndicales, professionnelles ainsi que sur des articles scientifiques traitant du sujet. Il nous a semblé primordial d'examiner ces différents documents dans le but d'obtenir une bonne compréhension globale du système sociosanitaire québécois. Ainsi, après avoir introduit le sujet, nous présentons l'évolution du système de santé québécois au fil des réformes, puis nous faisons le point sur les ressources humaines œuvrant dans le domaine de la santé. Ensuite, nous exposons les trois piliers de la gouvernance qui structure le système socio-sanitaire et pour finir nous présentons quelques propositions de solutions mises en place dans le but d'obtenir un système socio-sanitaire plus efficient, ce dernier élément étant particulièrement important puisqu'il définit les enjeux actuels et structure le contexte de travail des personnels que nous étudions par la suite.

Les systèmes de soins diffèrent d'un pays à l'autre, mais dans les pays industrialisés quatre grands modèles de soins sont reconnus : le modèle bismarckien, le modèle Beveridge, le système Semashko et le système d'économie de marché ou système libéral de soins (Vittecoq, 2008, Turgeon, 2011).

Ainsi selon les auteurs cités précédemment, les États-Unis se caractérisent par un système libéral de soins c'est-à-dire que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. Aux États-Unis, seules les personnes âgées et les plus démunis bénéficient d'une couverture publique d'inspiration beveridgienne (couverture universelle de soins). Le système libéral de soins est considéré comme le plus inégalitaire en termes d'accès aux soins mais également le plus onéreux (Vittecoq, 2008; Turgeon, 2011).

Le modèle bismarckien également appelé système professionnel serait le premier système d'assurance santé à avoir été mis en place par l'Allemagne à la fin du XIXème siècle. Il s'agit d'un système principalement financé par les cotisations patronales et personnelles, par

l'intermédiaire des caisses d'assurance sans but lucratif. Certains pays se sont inspirés de ce modèle comme l'Autriche, la France, le Luxembourg. Bien que de tendance bismarkienne, les pays comme la Belgique et les Pays Bas ont un système de soins de santé que l'on peut caractériser d'hybride, s'inspirant tant du modèle bismarkien que beveridgien.

Le Canada et le Québec se sont inspirés du modèle beveridgien, également appelé système national de soins. Ce système intègre certaines caractéristiques des modèles vus ci-dessus (ENAP, 2006). Conformément au modèle beveridgien, on constate une prise en charge universelle des services médicaux requis au sens de la Loi canadienne sur la santé (LCS) de 1984. Pour les services non requis par la LCS, la prise en charge se fait par l'assurance privée souscrite de manière collective dans le cadre de l'activité professionnelle (modèle bismarckien) ou encore par un régime public d'assurance maladie sélectif (ainés et bénéficiaires de l'aide sociale) (ENAP, 2006).

Selon Vittecoq (2008), le système Semashko est né en ex URSS dans les années 1920 pour s'étendre dans les démocraties populaires de l'URSS après 1945. Il s'agit d'un système offrant un accès universel aux soins de santé. Dans ce système, les services sanitaires relevaient de l'État qui payait directement les professionnels de la santé. Pour accéder à certains services (médicaments), les patients devaient payer une somme forfaitaire. Actuellement, avec la pénurie de ressources financières en Russie et en ex Europe de l'Est, les patients sont contraints d'augmenter leurs cotisations et de les verser directement aux prestataires de soins. Les coûts élevés des services de santé ont eu un impact sur la majorité des citoyens de ces pays qui ne peut plus accéder aux soins alors que les dépenses nationales restent peu élevées.

Aujourd'hui, nous pouvons constater que quel que soit le modèle mis en œuvre, tous les pays éprouvent des difficultés à assurer l'accès aux soins des populations, à améliorer l'efficience du système de soins de santé ainsi qu'à réduire les coûts de santé (Vittecoq, 2008).

Au Canada, les soins de santé relèvent de la responsabilité des provinces et sont financés conjointement avec le gouvernement fédéral. Il s'agit d'un système qualifié d'hybride par l'OCDE puisque les services médicaux et hospitaliers (Medicare) sont pris en charge financièrement par l'État dès le 1^{er} dollar, alors que tous les autres services (non-Medicare : dentiste, optométriste, thérapeutes, etc.) sont couverts par un système de financement public-

privé. Ils sont couverts à la fois par des prestations relevant de la province et par l'assurance maladie privée (le solde étant déductible des impôts) prise en charge en partie par l'employeur pour les salariés (cotisations moitié moitié en général). Cependant, certains salariés (salariés pauvres, travailleurs indépendants, etc.) ne bénéficient que d'une protection infime, voire inexistante, mais dans ce cas ils peuvent bénéficier de la couverture offerte dans le cadre du régime de l'aide sociale (OCDE, 2010).

Toujours selon l'OCDE (2010) les spécificités de ce système de santé mettent en lumière des avantages mais aussi des inconvénients. En effet, l'absence de barrière financière à l'accès aux soins pour toute la population ainsi que la redistribution des ressources par le biais de l'impôt des personnes en bonne santé vers les malades, des plus riches vers les plus pauvres, apparaissent comme des avantages cruciaux. En revanche, la gratuité des services peut avoir pour effet de gonfler les files d'attente dans certains secteurs, quoique plusieurs pensent que le problème est davantage attribuable à une mauvaise organisation du travail de soins.

Les dix provinces et les trois territoires du Canada sont autonomes et responsables de leur gestion et de leur financement (excluant les transferts fédéraux) ainsi que de la couverture et de l'organisation des services de santé pour leur population. Cependant, ils doivent se conformer aux cinq conditions imposées par la Loi canadienne sur la santé (LCS) (couverture universelle, couverture complète des services de soins, accessibilité, transférabilité de la couverture d'une zone à une autre, administration publique des plans d'assurance maladie) (Claveranne et al., 2011).

Tout comme dans de nombreux pays industrialisés, le Canada et le Québec se caractérisent par un vieillissement rapide de leur population, ce qui a non seulement des conséquences sur les attentes et les besoins socio-sanitaires de la population québécoise et sur les dépenses publiques liées à la santé, mais aussi sur les conditions de travail dans ce secteur, comme nous le verrons.

En effet, dès les années 1970, de nombreux pays ont été et sont encore le théâtre de nombreuses réformes. Celles-ci ont pour but de tenter de stopper l'évolution des dépenses liées au système de santé en recherchant l'efficience (Massé et Morisset, 2008) par l'instauration de mécanismes se rapprochant de ceux du marché (Claverranne et al, 2003). En effet, Hassenteufel et al., (2001, p. 9) soulignent «la transformation des producteurs de

soins en acteurs concurrentiels» que l'auteur qualifie «d'entrepreneurs de soins». Il s'agit donc pour les prestataires de soins d'être concurrentiels tout en optimisant leurs dépenses dans un but de performance. Ainsi, suite aux réformes managériales internes survenues dans les hôpitaux (projets de services, d'établissement, cercle de qualité, management participatif, et plus récemment application du modèle japonais de la « lean production »), l'hôpital est géré comme une entreprise. Le recrutement de gestionnaires issus du secteur privé conforte cette idée de «l'hôpital-entreprise» (ibid, 2001, p. 9), et ceci peut avoir des incidences pour les personnels qui y travaillent.

Nous proposons maintenant d'examiner les différentes réformes qui se sont succédées durant ces cinquante dernières années, pour mieux comprendre le contexte de travail des personnels de la santé que nous avons étudiés.

2.1 Évolution du système de santé québécois au fil des réformes

Au cours des cinquante dernières années, le Québec a connu de nombreux changements sociaux. En effet, avec la Révolution tranquille, le Québec a assisté à la sécularisation des pouvoirs religieux dans plusieurs secteurs économiques, dont ceux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, ce dernier secteur nous intéressant ici (MSSS, 2009).

Jusqu'à la fin des années 1950, l'État québécois n'intervenait pratiquement pas dans le secteur de la santé, le financement de l'offre de soins relevait essentiellement du privé. Le secteur de la santé évoluait alors «en fonction du marché, de l'augmentation de la demande de soins curatifs de la population, du développement des technologies médicales, des fournisseurs de médicaments et d'équipements hospitaliers et des communautés religieuses» (Renaud, 1977, p.8).

C'est en Saskatchewan, en 1947, que fut mis en place le premier système de financement public concernant les services d'hospitalisation. Suite à cela, en 1956, le gouvernement fédéral voulant encourager cette initiative, offre aux provinces canadiennes de financer à hauteur de 50 % les services hospitaliers. Cependant, ce ne sera qu'à compter de 1961 qu'apparaîtra au Québec le régime d'assurance hospitalisation. En 1961, le gouvernement fédéral réitère une offre similaire aux provinces pour les services médicaux. L'adhésion du

Québec au régime d'assurance médicale se fera en 1970 (MSSS, 2009). L'adhésion tardive du Québec à ces deux régimes résulte du fait que cette province n'apprécie pas les irruptions du gouvernement fédéral dans ce champ de compétence provincial. Ce laps de temps a permis au Québec de négocier la mise en œuvre des régimes d'assurance selon ses propres souhaits. D'ailleurs suite à la seconde incursion du gouvernement fédéral, le Québec met en place une Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, connue sous le nom de Commission Castonguay-Nepveu, en 1970. Cette Commission propose une politique de développement social reposant sur trois domaines : «la sécurité du revenu, la santé et certains services sociaux» (Turgeon, 2011, p. 8).

Avec l'adoption des lois sur *l'hospitalisation et les services diagnostics* ainsi que de la loi sur *les soins médicaux*, le gouvernement fédéral déclenchera plusieurs réformes au Canada.

Pour permettre la mise en œuvre de ces réformes, en 1969, le Québec voit naitre la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ). Cet organisme a pour mission : «la mise en place de mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime d'assurance maladie ; les services médicaux seront désormais à la charge de l'État» (MSSS, 2009). La RAMQ sera le seul agent payeur (appointement fixé sur le paiement à l'acte) concernant les soins médicaux rendus (Turgeon, 2011). De plus, suite à la mise en place de l'assurance médicament universelle, en 1997, la RAMQ devient l'assureur public de tous les Québécois.

Les années 1980 correspondent à une période marquée par les termes de «réallocation, compression, rationalisation» (MSSS, 2009, p. 40). En effet, la croissance des coûts liés à la santé ajoutée aux restrictions budgétaires, aux licenciements de personnel dus à la crise économique (crise de 1982) nécessite une étroite gestion des fonds publics. En 1985, le Ministère des Affaires Sociales (MAS), dégagé de la gestion de l'aide sociale depuis 1981, verra son nom modifié pour devenir le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Seuls les soins et les services socio sanitaires relèveront désormais de son portefeuille (MSSS, 2009).

Comme nous l'avons vu plus haut, en 1984, dans le but d'uniformiser et de faire respecter par toutes les provinces les exigences en lien avec l'offre de services de santé, le gouvernement fédéral adopte la Loi canadienne sur la santé (LCS). Celle-ci repose sur plusieurs principes : «l'universalité, la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité». Une province qui ne respecte

pas ces principes encourt des pénalités financières de la part du gouvernement fédéral. (MSSS, 2009).

Cependant, au milieu des années 1980 le réseau de la santé s'essouffle : les services d'urgence sont engorgés, les installations et les équipements désuets, les patients sont mécontents, et les coûts demeurent en constante progression. Pour tenter de résoudre ces problèmes le gouvernement du Québec instaurera la commission «Rochon». Cette dernière proposera trois grandes orientations «l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être; la régionalisation du système de services; et, l'adoption d'une « approche population» en ce qui concerne plus particulièrement l'allocation des ressources et la prestation des services. Les recommandations de cette commission mèneront au début des années 1990 à la réforme portant sur la décentralisation administrative (MSSS, 2009, p. 41). L'ensemble de ces transformations, mais surtout la régionalisation et la décentralisation, auront un effet important sur l'organisation des soins.

Ainsi, selon Merrien 1999 cité dans Bourque (2009, p. 4), la nouvelle gestion publique (NGP) «fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques [...] et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public ». L'adoption de la Loi 120 en 1991 souligne l'influence de la NGP en insérant la notion de décentralisation, de résultats, de rendement, d'accessibilité, de continuité, de responsabilisation des fournisseurs de services ainsi que de l'enquête de satisfaction émanant des «clients». Nous remarquons ici que l'utilisateur des services se voit conférer le statut de client. En valorisant le secteur privé, la NGP permet la mise en œuvre d'un système de santé à deux vitesses, c'est-à-dire un accès rapide aux soins pour les plus riches par la voie du privé, et un accès plus ardu (files d'attente) pour une grande partie de la population, par la voie du secteur public. Tout ceci met en lumière le but de la NGP, qui consisterait à limiter le rôle de l'État en faisant un meilleur usage de ses ressources dans un contexte de rationalisation (Bourque, 2009).

Issue des recommandations de la Commission Rochon, en 1992, une politique ministérielle sur la santé et le bien-être sera publiée par le MSSS. Cette politique souhaite voir replacer la santé et le bien-être au cœur des secteurs de la vie collective; elle propose également la réorganisation du réseau des services de santé ce qui provoquera une régionalisation,

matérialisée par la Loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux. Selon Turgeon (2011, p. 11), les quatre orientations de cette réforme reposent sur :

- Le droit de l'usager, avec la création de comités de plaintes dans chaque établissement
- La redéfinition des missions des établissements et de leur clientèle dans le but de fusions territoriales
- Le renforcement des services de première ligne
- La participation des citoyens dans tous les centres de décision.

La modification de cette même Loi en 1998 concernera l'adoption d'orientations qui doivent permettre de freiner les dépenses publiques liées aux soins de santé et aux services sociaux dans le but de les rendre performants (MSSS, 2009).

Bien que n'étant pas le résultat d'une réforme, il est important de souligner ici qu'en réponse à la crise financière, en 1997, le gouvernement du Québec va autoriser les départs anticipés à la retraite concernant le personnel de la fonction publique. En une année, ce seront 15000 infirmières et quelques centaines de médecins qui choisiront de partir (Turgeon, 2011). Pour plusieurs, cela constitue l'origine des pénuries d'infirmières et de médecins que l'on observe aujourd'hui, bien qu'encore là, certains attribuent ces pénuries davantage à une mauvaise organisation des soins (Lapointe, 2000).

En 1998, est créé l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce dernier a pour but d'être le centre d'expertise et de référence en santé publique. Il lui incombe de soutenir le MSSS, les autorités régionales ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs fonctions de santé publique (MSSS, 2009).

Toutes ces nouvelles orientations devaient permettre de freiner les dépenses publiques en lien avec la santé et les services sociaux et d'améliorer la performance du système de santé. Cependant, à l'aube des années 2000, la situation financière des fonds publics est de plus en plus difficile. En effet, l'évolution des besoins dus au vieillissement de la population ainsi que le développement rapide des technologies de l'Information et de la Communication (TIC), des équipements médicaux de plus en plus perfectionnés, et l'arrivée de nouveau médicaments, posent à nouveau la question des coûts exponentiels (MSSS, 2009).

C'est ainsi que le gouvernement du Québec confiera à Michel Clair une nouvelle Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commissions Clair) afin de revoir l'organisation et le financement des services. Les recommandations émanant de ce rapport prônent «une synergie étroite entre les acteurs du réseau et la responsabilisation de tous, de l'usager jusqu'à l'autorité ministérielle, dans le but de réduire sinon d'éliminer, les rigidités qui paralysent le système et l'empêchent d'évoluer vers l'équilibre recherché» (MSSS, 2009, p. 43).

C'est à la suite d'une recommandation de cette Commission, en 2000, que le Québec a mis en place une solution novatrice en créant les groupes de médecine de famille (GMF). En effet, ces groupes sont appelés à remplacer le cabinet privé des médecins, le but étant de contribuer à l'atteinte de résultats tangibles en matière de qualité du suivi et de la prise en charge des patients (Turgeon, 2011). Ce point sera examiné plus loin dans ce texte.

L'adoption en 2002 du projet de Loi 90 modifiant le code des professions ainsi que d'autres dispositions législatives, dans le secteur de la santé, concernent entre autres les attributions des futures infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Avec l'apparition de cette nouvelle catégorie d'infirmières, le gouvernement cherche à offrir d'une part, une perspective de carrière plus intéressante pour celles-ci et d'autre part, une amélioration de l'accessibilité, de la continuité des soins et des services (MSSS, 2009), sujet sur lequel nous reviendrons plus loin.

Bien que l'idée d'une approche populationnelle ait déjà été soulevée par la commission Rochon, ce n'est qu'à compter de 2003-2004 qu'elle se concrétisera par une nouvelle réforme en lien avec la réorganisation du système de santé du Québec.

Ainsi, en 2003, avec l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) un nouveau mode d'organisation des services a vu le jour. En effet depuis 2004, le Québec compte quatre vingt quinze réseaux locaux de services (RLS). Au centre de ces réseaux locaux de services de santé (RLS) se trouve un établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS). Ce dernier a fait son apparition avec la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS se situe comme étant le palier de gouvernance locale en assurant

l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en direction de la population de son territoire local (MSSS, 2011).

Cette mise en réseau des services et des différents producteurs compose le réseau local de services. L'instauration de référence entre les différentes offres de services permet ainsi de garantir une complémentarité entre tous les services de santé et de mieux aiguiller les personnes entre les services de 1^{ère} ligne (services médicaux et sociaux généraux), de seconde ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés).

Le schéma ci-dessous illustre la composition d'un réseau local de services (RLS).

95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur de 95 réseaux locaux de services (RLS) CENTRES HOSPITALIERS DE GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISES CENTRES HOSPITALIERS PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE Centre EDUCATION, DU de santé de services CLINIQUES ET CABINETS PRIVÉS DE MÉDECINE INCLUANT LES GROUPE MÉDECINE DE FAMILLE sociaux Fusion de CENTRES DE RÉADAPTATION RESSOURCES PRIVÉES

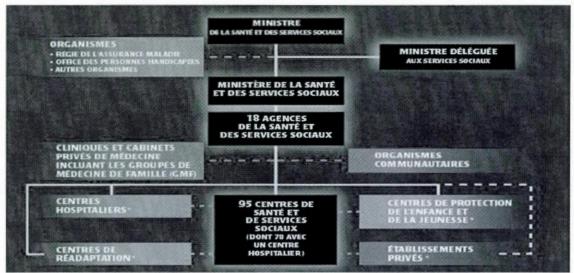
Schéma 1. Composition d'un réseau local de services

Source : Santé et services sociaux Québec, novembre 2004.

Grâce à cette réorganisation, les CSSS et le médecin de famille sont devenus des points de références pour la population, en cas de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. Les citoyens peuvent y obtenir les services adaptés ou être orientés vers un autre producteur de services du réseau local de services (MSSS, 2011).

La création des quatre vingt quinze CSSS a modifié l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. Le schéma ci-dessous montre la répartition des partenaires et acteurs du réseau socio-sanitaire.

Schéma 2. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



Source : Santé et services sociaux Québec, avril 2010

Le système de santé et de services sociaux québécois compte près de 300 établissements offrant des services dans plus de 1700 points de service. Il rassemble près de 200 établissements publics, à peu près 50 établissements conventionnés sans but lucratif et à peu près 50 établissements privés proposant de l'hébergement et des soins de longue durée. Il compte également plus de 3 500 organismes communautaires et près de 2000 cliniques et cabinets privés de médecine (MSSS, 2011).

Parmi les actions mises en œuvre en 2006, on note également la nomination d'un Commissaire à la santé et au bien-être dont le rôle est d'apprécier les résultats produits par le système de santé. Pour le soutenir dans cette tâche, il est accompagné par un *forum de consultation* qui regroupe 27 membres dont 9 experts ainsi que 18 personnes issues de chacune des régions socio-sanitaires du Québec (MSSS, 2009).

L'année 2006 a été également marquée par le jugement de la Cour suprême du Canada en faveur d'un patient qui souhaitait pouvoir contracter une assurance privée dans le but d'obtenir des soins dans un délai raisonnable, ce qui a contribué à la présence du secteur

privé en santé. En effet, le projet de loi 33, adopté en 2006, prévoit d'encadrer la qualité et la sécurité des interventions réalisées dans les cliniques médicales privées et permet aux centres hospitaliers de s'associer à un centre médical spécialisé pour certains services (opération de la cataracte, prothèse de hanche, d'un genou) ou encore de traitements médicaux spécialisés définis par un règlement ministériel (art.333.1). Cependant, ce n'est qu'à compter d'un délai supérieur à six mois d'attente que le patient peut recourir aux services privés, que ce soit au Québec ou ailleurs, aux frais du régime public. Cette législation suscite encore bien des débats car certains y voient une entrave à l'intégrité du service public alors que d'autres souhaiteraient une présence du privé plus accrue (Queneville et al., 2008; Turgeon, 2011). En effet, une partie de la réponse aux problèmes de désengorgement de certaines catégories de soins ou de réduction des files d'attente pourrait se trouver dans la place faite au secteur privé. Cependant, les détracteurs du secteur privé voient en sa présence l'inégalité dans l'accès aux services pris en charge par l'assurance complémentaire, ainsi que la désertion des ressources publiques (médecins, infirmières) vers les cliniques médicales entièrement privées (ICIS, 2000).

Dès 2007, la Politique du médicament permettra la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de l'assurance-emploi de même que pour les personnes âgées de 65 ans ou plus percevant 94% du supplément du revenu garanti. Cette politique facilite également l'accès aux médicaments d'exception.

Le rapport Castonguay et al., (2008) met en relief les problèmes de gestion en lien avec les responsabilités des trois paliers de gouvernance. Y est dénoncé un ministère encore trop centralisé et pas suffisamment orienté sur ses fonctions de planification et d'appréciation de la performance (Queneville et al., 2008). En effet, selon ce rapport, l'omniprésence du MSSS ralentit toute décentralisation vers les établissements. Le rapport préconise l'achat de services sociaux et de santé par les agences auprès des organisations publiques et privées des territoires. Les CSSS devront devenir des gestionnaires de cas soulagés de leur rôle de prestataires directs de services de longue durée confié au privé. Les membres de ce groupe de travail préconisent également un assouplissement des exigences contenues dans la loi canadienne sur la santé en ce qui concerne la contribution des usagers, ainsi que sur l'assurance d'obtenir un financement stable.

Comme nous l'avons vu plus haut, en 1984, le gouvernement fédéral a adopté la Loi canadienne sur la santé qui repose sur les principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité du système public de soins. En 2008, affirmant qu'il faut placer chaque individu en face de ses responsabilités, le rapport Castonguay propose une redéfinition de ce *contrat social* qui doit s'appuyer sur certaines valeurs et sur 6 principes :

- Universalité : les modalités de financement du système de santé doivent favoriser la couverture universelle de la population.
- Solidarité: toute personne doit avoir accès aux soins médicaux et hospitaliers requis par son état de santé, quel que soit son statut socioéconomique ou ses revenus
- Équité: ceux qui ont une plus grande capacité de payer doivent contribuer davantage que ceux qui en ont moins les moyens, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution dans la mesure bien sûr où cette contribution est calibrée à la hauteur de leurs capacités.
- Efficacité Il faut que le système produise des services de qualité en quantité suffisante afin de répondre aux besoins, et cela au meilleur coût possible.
- Responsabilité: les modalités de financement doivent favoriser l'exercice de la responsabilité de chacun dans ce système – autant celle des patients qui ont un rôle à jouer à l'égard de leur santé personnelle que celle des dispensateurs de soins, qui ont des comptes à rendre.
- Liberté: les modalités de financement doivent s'appuyer sur l'autonomie du patient, sur le respect de son intégrité et de sa dignité, ainsi que sur sa capacité et le droit qui lui est reconnu par la loi de choisir par qui, comment et quand il est traité. Ces modalités doivent également favoriser l'autonomie des gestionnaires et prendre en compte la liberté professionnelle des producteurs de soins (Gouvernement du Québec, 2008- p.4)

En somme, l'énoncé de ces valeurs et principes invite d'une part les citoyens à se responsabiliser sur leur propre santé et d'autre part, à contribuer au financement du système de santé en fonction de leur moyen et relativement à leur consommation de soins. Cependant, il faut souligner que bien qu'une part de l'état de santé repose sur la responsabilité de chaque individu, les facteurs socio-économiques sont également très importants. En effet, la pauvreté avec tout ce qu'elle implique (mauvaise alimentation, échec scolaire, logement insalubre, précarité économique) est un déterminant crucial de l'état physique (Boutin, 2008).

2.2 Les ressources humaines

En 2007, le secteur québécois des services de santé et des services sociaux est le plus gros employeur du service public de la province. En effet, comptant 280 000 employés, il représente un peu moins de 7 % de l'ensemble de la population active. Ces employés sont composés de 22 630 professionnels qui perçoivent des honoraires remboursés par la RAMQ, dont 16 100 médecins, environ 255 000 employés cadres et syndiqués incluant 107 400 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires. Pour leur part, le Ministère et la RAMQ emploient plus de 1800 employés cadres et syndiqués (MSSS, 2009). Afin de mener les services de santé et de services sociaux à bien, les établissements doivent s'assurer de pouvoir compter sur tous leurs effectifs. Pour ce faire, ils doivent composer avec plusieurs facteurs environnementaux comme les départs massifs à la retraite, les services en recrudescence liés au vieillissement de la population, la concurrence accrue entre les établissements et les pénuries de certaines catégories professionnelles liées à ce secteur (infirmières, médecins, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes etc.) (Benhadji, 2009). En effet, selon les prévisions de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) le réseau de la santé devra remplacer près de 50 % de son personnel (Benhadji, 2009). Ceci met en lumière l'urgence de la situation concernant la pénurie de main d'œuvre.

Les quelques données ci-dessous soulignent l'ampleur de la demande en soins de santé.

- Plus de 46 millions de consultations médicales
- 3,2 millions de visites à l'urgence
- 5,1 millions de jours d'hospitalisation
- 14,3 millions de jours d'hébergement en établissement de soins de longue durée
- 6.5 millions de soins à domicile
- 471 000 chirurgies incluant 297 000 chirurgies d'un jour (Gouvernement du Québec, 2011),

Pour répondre à cette demande de services de santé, les institutions pourront faire appel aux principaux bassins de recrutement aptes à fournir ce type de main d'œuvre, à savoir : les Cegeps, les Universités, qui devront fournir plus de ressources, et les établissements de santé (concurrence). Les établissements pourront également mettre en place des plans de relève,

faire appel aux personnels des agences, aux retraités qui souhaiteraient retourner en emploi ou encore à l'immigration (Benhadji, 2009).

Ainsi, compte tenu de la rareté de certaines catégories professionnelles, de la quasi absence de relève, les organisations qui voudront attirer ou retenir la main d'œuvre devront devenir des «employeurs de choix» en offrant de bonnes conditions de travail, en fonction des obligations temporelles de leur personnel (Tremblay, 2011).

Une analyse des dépenses en santé au Québec montre que le poste des ressources humaines est le plus gros consommateur des dépenses de santé. En effet, approximativement 66,8% de l'augmentation du budget est consacré aux ressources humaines (Castonguay et al., 2008).

Comme nous venons de le voir, un grand nombre de personnes travaillent dans le secteur des soins de santé et nous pouvons observer que l'évolution en nombre de travailleurs n'est pas identique selon la catégorie professionnelle. En effet, depuis les dix dernières années, les domaines de chiropratique, d'hygiène dentaire, de travail social ou encore d'ergothérapie sont en progression alors que la croissance chez les infirmières est plus faible, bien que constituant le plus important groupe professionnel. En effet des données statistiques montrent que le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées a augmenté de 15,9%, le nombre d'infirmières autorisées (IA) de 6,9% alors que celui des infirmières psychiatriques n'a pas augmenté du tout, hormis dans l'Ouest Canadien (ICIS, 2009). En 2009-2010, le Québec comptait 8,5 infirmières par 1000 habitants. Ce ratio est demeuré inchangé au cours des années 2003-2010; quant au ratio d'infirmières en soins directs dans le secteur public, il s'élevait à 5,6 infirmières par mille habitants alors qu'il avait grimpé jusqu'à 5,8 infirmières par mille habitants en 2006-2007 (OIIQ, 2010).

Mais si le nombre d'infirmières stagne, le nombre de nouveaux médecins inscrits au tableau de l'Ordre professionnel est en nette progression. En effet, selon le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'ordre professionnel compte 20 464 membres, soit430 médecins de plus qu'au 31décembre 2009. Il s'agit de la plus forte augmentation depuis ces quinze dernières années. La proportion entre les médecins de famille (9978 soit 48,8 %) et les médecins spécialistes (10 486 soit 51,2%) reste inchangée. Sur le volume global de médecins (20 464), 18 504 sont en exercice et 1960 sont retraités (Bernard 2011).

Plus de 55 % des médecins exerçant au Québec ont 50 ans et plus et l'âge moyen, toutes spécialités confondues, s'élève à 52,7 ans. Ceci laisse présager de nombreux départs prochains à la retraite.

Selon Bernard (2011) la profession de médecin tend à se féminiser. En effet, en ce qui concerne la formation de la relève médicale, 3590 étudiants et 3335 résidents sont inscrits dans les facultés de médecine au Québec et parmi ces étudiants 2278 sont des femmes (63,5%) et 1312 sont des hommes (36,5%), le ratio est inchangé comparativement à celui de 2009 (Bernard, 2011). Ces données soulignent la participation à la formation médicale des femmes dans les facultés de médecine, qui se traduira par une augmentation de la féminisation de la profession.

Alors que la province du Québec ne comptait que 1,93 médecins par 1000 habitants en 1998 (période correspondant à la prise de retraite massive des médecins) aujourd'hui le ratio s'élève à 2,35 médecins par 1000 habitants. Toutefois, bien que la province compte 16 % de médecins de plus que le reste du Canada, 25 % des Québécois n'ont pas de médecin de famille. La situation est encore plus sombre en ce qui concerne la ville de Montréal puisque ce sont 34,4% des Montréalais qui n'en possèdent pas (Gladu, 2007). Ainsi malgré un tel bassin de médecins, la pénurie de médecins de famille est toujours présente. Certains médecins expliquent cet état de fait par des problèmes d'organisation, d'autres disent travailler moins d'heures car la conciliation travail famille est plus importante pour eux (pour elles surtout, car il s'agirait de jeunes femmes médecins), ce qui a pour effet de réduire l'offre, d'autres encore pensent que se sont des services médicaux moins populaires (rémunération moins attrayante que celle des spécialistes, difficultés des horaires de garde de 24h etc.), moins prestigieux et que du coup, les médecins préfèrent travailler à l'hôpital un certain nombre d'heures et compléter leur semaine de travail avec des consultations sans rendez-vous. (Gladu, 2007, Lacoursière, 2011). Bref, un bon nombre de causes peuvent être mises en évidence, mais le résultat est un sentiment de pénurie de médecins comme d'infirmières dans le réseau de la santé.

Dans cette première partie, nous avons présenté les principales réformes touchant à notre sujet de recherche puis nous avons examiné les ressources humaines selon les catégories professionnelles les plus névralgiques en lien avec l'accès aux services de soins au Québec.

A présent, nous allons nous pencher sur la manière dont est structurée la gouvernance afin de comprendre de quelle façon le système de santé est structuré et comment sont réparties les responsabilités.

2.3 Les trois paliers de la gouvernance

Selon le MSSS (2009), le système de santé et de services sociaux québécois est composé de trois paliers de gouvernance, soit le Ministère situé au palier central ; quinze agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) occupent le palier régional, ainsi que la Régie régionale de santé et de services sociaux du Nunavick, le centre régionale de santé et de services sociaux de la Baie-James et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James ; le palier local est composé des établissements socio sanitaires répartis en cinq centres de services :

- Centre local de services communautaires (CLSC)
- Centre hospitalier (CH)
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLD)
- Centre de réadaptation (CR)

Le Ministère de la Santé et des services sociaux est responsable de coordonner et de réguler le système. Pour ce faire, il mène plusieurs actions :

- Fixer les orientations et les objectifs en matière de santé et de bien-être
- Définir les politiques
- Sanctionner les priorités et les plans d'organisation de services des régions
- Répartir les ressources et évaluer les résultats
- Promouvoir l'enseignement et la recherche
- Coordonner le programme de santé publique
- Préciser les politiques d'adaptation de la main d'œuvre
- Négociation des conditions de rémunération du personnel de la santé et des services sociaux.

Les organismes régionaux coordonnent la mise en place des services socio-sanitaires dans leur région respective en organisant et en adaptant les ressources selon leur besoin. Les organismes régionaux sont tenus de rendre compte de leur gestion au Ministère mais également à la population.

Au niveau local, les CLSC se doivent d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants mais aussi des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. De plus, ils sont tenus de réaliser des activités de santé publique sur leur territoire.

Les CH, ont pour mission d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés.

Les CPEJ dispensent des services de nature psychosociale, des services d'urgence auprès des jeunes en difficulté (placement d'enfants, médiation familiale, adoption et recherche d'antécédents biologiques).

Les CHSLD offrent des services d'hébergement, de manière temporaire ou permanente, en direction d'adultes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale et ce malgré le soutien de proches. Ainsi ces centres proposent des services d'assistance, de soutien et de surveillance, de réadaptation psychosociale, des services pharmaceutiques ainsi que ceux d'infirmières. Les CHSLD peuvent être exploités comme centre de jour ou comme hôpital de jour.

Les CR offrent des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale. Ces services sont offerts en direction de personnes qui accusent des déficiences physiques ou intellectuelles, d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Des difficultés de dépendance à l'alcool ou à la toxicomanie font également appel à ce type de services. Les CR ont également un rôle d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

2.3.1 L'organisation des territoires socio-sanitaires

Le Québec est actuellement composé de dix huit régions socio sanitaires (RSS) découpées en quatre catégories: les régions universitaires, les régions périphériques, les régions intermédiaires et les régions éloignées. Chaque RSS est elle-même fractionnée en unités territoriales de base, c'est à dire en Centre local de services communautaires (CLSC). En 2008, le Québec comptait 166 territoires de CLSC. Hormis les trois régions socio-sanitaires du Nord, 15 territoires sont aussi appelés réseaux locaux de services (RLS), ils comportent 95 RLS qui concentrent 159 territoires.

Dans le but de faciliter l'accès aux soins spécialisés et de renforcer les liens entre les établissements et les universités possédant une faculté de médecine, en 2003, le Ministère a créé quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), soit le RUIS de l'Université de Montréal, celui de l'Université de McGill, celui de l'Université Laval et celui de l'Université de Sherbrooke. Chacun des RUIS couvre un territoire, sans exclusivité territoriale fixe, afin de laisser le libre choix aux patients ainsi qu'aux professionnels.

La nouvelle législation de 2005 devait permettre de clarifier les divers paliers de la gouvernance du réseau. Les agences de développement de réseaux locaux (ADRL SSSS) voient à leur tour leur nom modifié pour devenir des agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS). Ces agences régionales ont pour mission de «faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services, et assurer l'allocation des budgets aux établissements et des subventions aux organismes communautaires. Les agences doivent également s'assurer de la participation de la population à la gestion des services, de la prestation sécuritaire des services et du respect des droits des usagers» (MSSS, 2009, p. 45).

2.3.2 Le contexte budgétaire

Jusqu'au milieu des années 70, les dépenses de santé et d'aide sociale étaient partagées à parts égales (50%/50%) entre le gouvernement fédéral et les provinces. Petit à petit le gouvernement fédéral a introduit des transferts en «blocs» sans lien avec le niveau de dépenses des provinces et ventilés en fonction du nombre d'habitants des provinces. Ainsi en

ne considérant plus les besoins des provinces, le degré des transferts fédéraux se sont amenuisés et représentent 19 % en 2009 (Gouvernement du Québec, 2011).

Selon le gouvernement du Québec (2010), les dépenses publiques et privées du secteur de la santé représentent 28 milliards des dépenses de santé, soit 45% en 2010-2011 contre 31% en 1980. Il s'agit là du secteur le plus important de l'économie québécoise en ce qui concerne les dépenses. Depuis 2003, considérant ce secteur comme prioritaire, le gouvernement a injecté 10 milliards de dollars additionnels, montant supérieur à celui ajouté aux autres secteurs de l'économie.

Turgeon et al (2011) rappellent que plusieurs sources de contribution sont employées pour soutenir le financement du système socio-sanitaire. En effet, ce dernier s'appuie sur les impôts et taxes prélevés par le gouvernement canadien et québécois, sur des virements de la société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) de même concernant la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Toujours selon l'auteur ces financements publics représentent 70 % des dépenses de santé du Québec.

De plus, une importante part de dépenses de santé au Québec est prise en charge de manière privée par les citoyens. Cette part s'élevait à 28,4% en 2005 (Gouvernement du Québec, 2011).

Il est fort peu probable, aujourd'hui, que les dépenses cessent de croitre, puisque les changements démographiques auront un impact direct sur la demande en soins de santé. Ainsi, c'est dans ce contexte budgétaire et tenant compte des perspectives à long terme que le gouvernement examine d'une part les conclusions des différents travaux effectués par les Commissions et d'autre part, les initiatives prises sur le sujet dans certains pays européens (Suède, Angleterre) (Gouvernement du Québec, 2010).

Dans la partie suivante, nous examinerons les différentes propositions de solution avancées par les Commissions et plus particulièrement celles qui ont abouti à une nouvelle réglementation ayant une incidence sur le fonctionnement du secteur de la santé.

2.4 Les propositions de solutions

Des travaux ont été menés afin d'examiner les expériences positives de certains pays européens sur ce point. Le but est ici de s'inspirer des bonnes pratiques afin de les adapter au Québec.

Comme le souligne la CSQ (2011), d'autres solutions existent. Tout comme la Suisse, le Canada est le pays où les médicaments sont les plus chers du monde. En effet, ceux-ci représentent le cinquième du budget de la santé en 2009, alors qu'en 1985 ils ne représentaient que le dixième. Or pour remédier à cette envolée des prix des médicaments, il suffirait de revoir les privilèges accordés à l'industrie pharmaceutique comme l'ont fait la France, la Suède et la Nouvelle-Zélande. Un de ces privilèges, unique au Québec, est celui de la règle des 15 ans. Cette règle consiste à rembourser un médicament 15 ans après son inscription sur la liste de médicaments remboursés par le régime public, et cela même si le brevet est échu et s'il existe un générique moins coûteux sur le marché (Griller et Denis, 2008).

Selon Gibeau (citée dans CSQ, 2011 p.1) « La règle des 15 ans coûtera cette année 193 millions \$ aux contribuables, pour des retombées estimées à 12 millions \$. Les Québécois versent donc 180 millions \$ aux compagnies pharmaceutiques, soit le montant recueilli par le gouvernement en 2010-11 grâce à la contribution santé », Il semblerait donc qu'en en abolissant la règle des 15 ans et en adoptant d'autres politiques de prix, le gouvernement du Québec pourrait économiser des millions de dollars par an et réinvestir dans les services de santé à la population. Ainsi, la mise en place de la contribution santé aurait pu être évitée.

Un autre problème qui semble le plus récurrent est celui de la longueur des files et des temps d'attentes pour se faire traiter. Cette attente se produit à plusieurs niveaux du système. Par exemple, certaines régions rurales ou urbaines sont moins bien desservies en médecins (difficulté d'obtenir un médecin de famille). Outre le faible nombre de médecins ceux-ci travaillent parfois à temps réduit. De plus, un certain nombre de leurs attributions a été récupéré par les spécialistes qui ne réussissent pas à voir les patients référés, l'accès aux spécialistes étant entravé par la pénurie de généralistes. Du coup, les services d'urgence se trouvent engorgés puisque les patients ne possédant pas de médecin généraliste se présentent aux urgences avec des pathologies aggravées ou parce que les généralistes ne consultent pas

en dehors des heures régulières de bureau. De plus, souvent, ces personnes vont occuper les rares lits nécessaires au traitement de soins plus spécialisés (OCDE, 2010).

C'est pourquoi, pour contribuer à l'atteinte de résultats en matière de qualité du suivi et de prise en charge des patients, en 2000, le gouvernement a mis en place une organisation de services de première ligne par le biais des groupes de médecin de famille (GMF).

Ces GMF sont composés de médecins et d'infirmières. Le travail du médecin doit être de l'ordre de la prévention, de la promotion et du suivi de la population. La reconnaissance monétaire est directement liée à l'attraction des médecins vers les GMF. En effet, l'augmentation du revenu annuel d'un médecin de famille travaillant au sein d'un GMF plutôt que dans une clinique privée, s'élevait à 18% en 2002 (Turgeon, 2011). Les groupes de médecine de famille sont soutenus financièrement par le gouvernement car ils reçoivent en moyenne 1 million de dollars pour leur installation; s'ajoute à cela 300 000 dollars par an pour rémunérer les infirmières ainsi que les autres frais afférents aux infrastructures et à ceux des technologies de l'information. (Turgeon, 2011).

Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2011) le modèle d'organisation des services de première ligne comptait en 2002-2003, 17 GMF et 201 médecins; en 2010-2011, le nombre de GMF a progressé pour atteindre 221 GMF et 3219 médecins. Malgré cette progression, le Québec afficherait un certain retard quant à l'interdisciplinarité en première ligne. Sur ce point, une enquête du Commonwealth Fund de 2008, effectuée auprès de Québécois présentant de grands besoins de santé, a montré qu'un peu moins d'une personne sur cinq (19%) ne bénéficie pas de soins infirmiers ou autres en dehors de ceux prodigués par un médecin. Il semble donc nécessaire que le Québec favorise la participation de professionnels non-médecins comme les infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeute, psychologue, nutritionniste etc. Le rôle des pharmaciens a également été'soulevé et en décembre 2012, il a été élargi en ce qui concerne la gestion des ordonnances et les problèmes de santé mineurs (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011).

Comme nous l'avions vu brièvement plus haut, la création de la fonction d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) devrait aussi contribuer à l'efficience du système de santé québécois. Cependant, depuis l'adoption de la Loi 90 qui a créé la fonction d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec, seulement 66 infirmières praticiennes spécialisées

sont actives au Québec alors que l'Ontario en compte environ 1700. Depuis 2005, au Québec, ces infirmières ont le choix entre 5 spécialisations : cardiologie, néphrologie et néonatalogie, puis en 2007 s'est s'ajoutée la spécialité en soins de première ligne. De nombreuses infirmières étant plus attirées par les soins de première ligne, les autres spécialités se voient désertées à tel point que l'université Laval s'est vue dans l'obligation de suspendre son programme de formation (Lacoursière, 2010).

De plus, le nombre d'échec à l'examen provincial fait également l'objet de préoccupations. En effet, sur 33 postulantes à la fonction infirmière praticienne spécialisée, 12 infirmières ont échoué à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pour comprendre l'origine du problème, le comité d'examen formé de médecins et d'IPS a demandé à rencontrer les responsables des universités qui donnent le cours afin de voir si le problème relève des étudiantes ou de lacunes dans le programme de formation (Champagne, 2011). A ce moment précis les causes n'ont pas été identifiées. Toutefois, les 17 infirmières qui ont réussi l'examen occupent un poste dans les régions éloignées (Grand Nord) où la pénurie de main d'œuvre est plus prononcée (Champagne, 2011).

Bien que ce type de formation permette le développement d'un plan de carrière en soins infirmiers, une meilleure visibilité de ces infirmières (statut social), une accession plus facile aux études supérieures, plusieurs auteurs émettent des réserves quant à la fragilité du rôle de celles-ci. Bien que les infirmières praticiennes spécialisées se voient octroyer certaines tâches (ordonnances, tests diagnostiques etc.) jusque là réservées à la médecine, la création de cette nouvelle catégorie d'infirmières a pour but de combler la pénurie médicale à moindre coût. Ceci pose, entre autre, un réel problème de frontière poreuse entre la profession d'infirmière et celle de médecin qui peut, selon certains, mener à la déprofessionnalisation des soins infirmiers (Brideau et Dallaire, 2010).

De plus, l'attraction de ces infirmières demeure un problème. Pour attirer les IPS, le Gouvernement du Québec a mis en place des bourses d'étude de 60 000 dollars, il verse également une subvention de 60 000 dollars aux établissements pour les 2 premières années d'emploi ainsi qu'un forfait d'installation de 25 000 dollars destiné aux IPS formées en dehors du Québec et qui acceptent de travailler dans les régions ciblées par le MSSS (OOIQ, 2009). Malgré ces incitatifs pour attirer les effectifs souhaités, les infirmières potentielles ne

considèrent pas l'offre assez attrayante au vu d'une formation exigeante, ainsi que des nombreuses responsabilités qui leur incombent ensuite (D'Amour et al., 2007).

Tout comme l'attraction des IPS, la rétention est un autre problème. En effet, bien qu'elles apprécient la nature de leur travail comme nous le disions plus haut, elles pensent ne pas être suffisamment payées en regard de leurs responsabilités. Certaines travaillent de longues heures, suivent plusieurs cas et doivent faire des gardes. Ainsi, quelques unes pensent à quitter leurs fonctions ou souhaitent postuler à des postes d'infirmières cliniciennes spécialisées. Tout ceci présente des risques quant à la pérennisation des IPS (D'Amour et al., 2007).

2.5 Les différents modèles d'organisation du travail

Outre ces différentes mesures pour contrer l'augmentation des coûts en santé, le déficit budgétaire, la pénurie de main d'œuvre, les listes d'attente, le gouvernement québécois a décidé d'appliquer une démarche globale afin d'optimiser les processus de travail dans chaque établissement (Castonguay, 2007). Pour ce faire, ce dernier s'inspire de la démarche Lean Health Care du National Health Service Britanique qui vise à l'amélioration de la performance et de la productivité, en s'inspirant du modèle japonais de production lean, ou allégée.

Le système Toyota (japonais) communément appelé *Lean* en Europe a été développé dans les années 50 et 60 et demeure toujours d'actualité. En effet, il est encore aujourd'hui étudié en détail tant par des chercheurs que par des entreprises publiques ou privées qui souhaitent s'en inspirer afin de devenir plus compétitives (Ballé, 2011).

Selon Tremblay et Rolland (2011) et Olivier (2009) trois concepts constituent la méthodologie *Lean*:

 Le «Juste à temps» appelé également «flux tendu» consiste à fabriquer les produits nécessaires, au moment et en quantité voulu, dans un délai minimal. Le but étant de réduire les stocks.

- Le «Jidoka» représente le transfert de l'intelligence humaine à la machine. Il permet d'arrêter la machine en cas de pièces défectueuses plutôt que de produire des pièces insatisfaisantes.
- Le «Kaizen» étend la philosophie de l'amélioration continue à l'ensemble des employés et non plus seulement aux groupes d'ingénieurs spécialisés. Cela permet la participation aux décisions de tout le personnel par le truchement du système de suggestion et les cercles de qualité.

Bien que quelques résultats soient positifs dans le secteur de l'industrie, peu d'entreprises ont appliqué cette approche dans les services et l'approche proposée dans la santé semble s'en tenir au juste à temps et aux flux tendus, en oubliant les deux autres dimensions, et notamment la participation du personnel aux décisions. Pour ce qui est du point 2, nous espérons que le système de santé fait déjà attention à ne pas poursuivre des traitements dommageables.... De plus, certains auteurs montrent que le succès de cette approche en juste à temps, ou « lean » (ou allégée, selon certains auteurs) se fait au détriment de la santé des employés (Kamata, 2009; Therry, 2010). Ainsi, sont en cause l'augmentation incessante des cadences de travail, les horaires dus à la flexibilité de la production, les fréquents changements de poste. Tous ces facteurs peuvent avoir un effet sur la santé des employés qui sont sujets à la fatigue, au stress, ce qui peut engendrer des accidents de travail ou des maladies professionnelles Kamata (2009) si la « production allégie » n'est en fait qu'un autre mot pour la rationalisation et les coupures de postes et d'effectifs.

De même, selon Valleyre 2006 cité dans IRSST (2011), des données de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail montrent que le modèle de production allégée serait associé à plus «de risques d'atteintes de la santé au travail, de troubles musculo-squelettiques et d'arrêts de travail liés à des problèmes de santé ou des accidents du travail que celui des «organisations apprenantes» et même que celui des organisations plus traditionnelles de type tayloriennes (IRSST, 2011, p. 651).

Aux États-Unis l'approche *Lean* est utilisée dans le milieu hospitalier depuis une dizaine d'années, le Québec s'y intéressant depuis peu. Comme nous l'avons vu plus haut, cette approche fait partie des mesures mises en place pour rationaliser les coûts des dépenses de santé au Québec (Dagenais et al., 2011). Ainsi, les objectifs poursuivis par la mise en place de la production allégée dans les établissements de santé renvoient à sept sources de

gaspillage qui vont à l'encontre de la production de valeur. Ils se réfèrent au «transport, au déplacement, à l'attente, à la surproduction, aux processus, à l'inventaire, et aux défauts» (Paillassard et Castro, 2010, p. 3). Outre ces points, Black et Miller (2008) ajoutent que toutes les activités qui n'apportent pas de plus-value, du point de vue du patient, doivent être bannies. En soi, les objectifs sont tout à fait louables, mais il reste à voir comment l'approche s'applique concrètement dans les milieux de travail.

Dans leur article Dagenais et al., (2011) ont recensé quelques établissements de santé au Québec ayant mis en œuvre le modèle de Lean production. Nous présentons ces établissements ci-dessous.

Tableau 1. Établissements et lieux où les projets Lean ont été mis en place

Lieu du projet
Bloc opératoire et Urgence
Bloc opératoire
Bloc opératoire
Pharmacie et ordonnances
Chirurgie de la cataracte
Urgence
Bloc opératoire
Bloc opératoire et Urgence
Soins à domicile
Urgence
Optimisation, Rétention du personnel infirmier Gestion des lits
Archives
Urgence
Non spécifié

Sources: Dagenais et al (2011).

Ce tableau montre que les lieux où les projets ont été implantés se situent plus particulièrement au bloc opératoire et à l'urgence. En effet, au Canada tout comme au Québec

l'urgence est sans doute le secteur le plus sensible du système de santé. En effet, Lemay (2010) rapporte qu'en 2009, les Québécois ont attendu en moyenne 17,5 heures par visite aux urgences et que le nombre de patients passant plus de deux jours complets sur une civière a connu une progression fulgurante, passant de 40 534 à 49 374 patients, d'où la légitimité des objectifs visant à réduire le temps d'attente et les pertes de temps ou actions inutiles.

En 2009, un projet *Lean* a été implanté au bloc opératoire de l'hôpital de Hull au Québec, son objectif étant d'augmenter la productivité. Les chiffres ont permis de montrer qu'en se basant sur l'année précédente (2008-2009), 850 opérations de plus ont été effectuées, que l'occupation de la salle d'opération s'est accrue de 32% (1500 heures de plus) et que le temps d'attente s'en est trouvé réduit. La gestion des stocks a permis d'économiser 92 000 dollars (inventaire en plaques et vis). Ainsi, ce projet s'est pratiquement autofinancé avec la gestion des stocks, son coût se montant à 100 000 dollars (Mercier, 2011).

Cependant, selon Dagenais (2011), si de manière générale, la presse couronne de succès les projets *Lean* mis en place par les établissements ci-dessus, il semblerait qu'il n'en soit pas de même pour le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord. En effet, une recherche de Soares (2010) basée sur les perceptions des employés montre que 40,2% des répondants évoquent une surcharge de travail, 39,2% estiment ne pas avoir de reconnaissance pour le travail accompli, 56,1% ont un sentiment d'incohérence entre leurs valeurs et les objectifs organisationnels.

Il est certain que la transposition d'un modèle *Lean* de production vers le secteur de la santé risque d'être vouée à l'échec si la dimension émotionnelle et relationnelle des employés n'est pas prise en compte, mais également, si «une perspective de bout en bout n'est pas établie, les systèmes de gestion ne sont pas mis en place, et que l'engagement du personnel clé n'est pas assuré à tous les niveaux» (Paillassard et Castro, 2010 p. 3).

Un autre modèle d'organisation a également été mis en place dans la santé, le système *Planetree*. Développé aux États-Unis au début des années 1980, le modèle *Planetree*³ se veut un modèle de gestion centré sur la personne. *Planetree* est un organisme à but non lucratif qui forme un réseau international de plus de cent cinquante établissements établis dans plusieurs pays (États-Unis, Canada, Brésil, Pays-Bas et Japon).

3

³ www.planetree.org

Suivant le principe des vases communicants, (en prenant soin des employés par ricochet on prend soin des patients) le modèle *Planetree* est bâti tant sur la satisfaction des patients que sur celle employés. Pour ce faire, les établissements *Planetree* mettent en place «un environnement de travail répondant aux besoins physiques, émotionnels, intellectuels et spirituels des professionnels de la santé afin d'aider à améliorer le climat de travail et la qualité des soins» (Bergeron et al., 2007, p. 236). Ainsi, la création d'un environnement de travail sain et soutenant pour les employés permet d'améliorer le climat de travail et de prodiguer des soins de qualité.

Dans sa recherche Béliveau (2011) a montré que malgré les efforts de la direction pour disséminer ce modèle de gestion centré sur la personne, il est parfois difficile pour le chef de programme de s'approprier l'approche et de l'appliquer à son tour aux employés. Mais, si à l'inverse le chef de programme possède cette capacité, car elle correspond à ses valeurs par exemple, cette dernière s'exprimera par son exemplarité permettant ainsi le transfert aux autres employés. Ainsi, l'exemplarité dans le comportement du chef de programme est «une condition sine qua non par laquelle est possible la co-construction des nouvelles pratiques humanistes des soins et de services qui seront offertes à la clientèle du programme» (Béliveau, 2011, p. 5). De plus, cette corrélation entre l'intérêt des gestionnaires pour le bien être de leurs employés a un impact positif sur l'engagement organisationnel ainsi que sur la manière de soigner la clientèle (Béliveau, 2011).

D'autres mesures seront également mises en pratique à savoir la rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques ainsi que l'implantation de nouvelles technologies porteuses. La mise en place du dossier électronique devrait être accélérée (Gouvernement du Québec 2010). La mise en place de ce système, dans lequel le gouvernement du Québec a investi 500 millions de dollars, devrait permettre aux médecins et aux infirmières d'accéder à l'information sur les patients, l'imagerie diagnostique, les résultats d'analyse de sang, le profil pharmaceutique ainsi que les rapports cliniques. Cela devrait permettre d'éliminer le dossier papier, jugé inefficace (Strasbourg, 2010).

Des gains d'efficience ont été réalisés, au Canada comme dans de nombreux pays, avec le développement des technologies médicales. En effet, l'utilisation de procédures moins invasives, de techniques d'anesthésie moins lourdes, l'arrivée de médicaments plus efficaces et mieux adaptés aux pathologies des patients, ont permis non seulement de réduire la durée

des hospitalisations mais aussi de réduire le nombre d'hospitalisations. Parallèlement le recours à la chirurgie d'un jour s'est développé laissant ainsi plus de place pour les hospitalisations plus longues (OCDE, 2010).

Pour finir, le gouvernement du Québec prévoyait également une révision de la gouvernance du réseau de la santé notamment entre le ministère de la santé et des services sociaux, les agences régionales de la santé et les établissements. Cette annonce de révision avait bien été accueillie par les établissements de santé. En effet, un sondage d'envergure mené auprès de 106 établissements de santé, desquels 76.5% des administrateurs ont répondu, montrait que le partage des rôles et des responsabilités entre le MSSS et les établissements était confus et que des actions dédoublées en résultaient. Les administrateurs signalaient également le peu d'autonomie, de pouvoir, de moyens et de contrôle sur leur environnement, les empêchant d'assumer leurs responsabilités (AQESSS, 2009). Or le projet de Loi 127 a fait réagir de nombreux établissements qui pensaient que la révision de la gouvernance leur donnerait plus d'autonomie. Il semblerait en fait que de nouveaux pouvoirs soient conférés tant pour le Ministre que pour les Agences régionales (surveillance, enquête, contrôle, tutelle, droit de veto) et que nous assistions ainsi à une subordination complète des établissements aux agences régionales de la santé (Rioux-Souci, 2011).

Comme nous venons de le voir, malgré les nombreuses réformes qui se sont échelonnées (plus d'une trentaine) durant ces cinquante dernières années, le système de santé présente encore des éléments de fragilité. Le peu de temps octroyé entre chaque réforme ne permet pas aux établissements de s'approprier la teneur celles-ci et cela a parfois des effets négatifs sur le travail du personnel de santé.

Pour conclure, ce chapitre visait à mettre en lumière l'évolution du système de santé et de services sociaux du Québec en s'appuyant sur les documents disponibles, dont les différents rapports des Commissions ainsi que sur la multitude de réformes échelonnées sur ces cinquante dernières années. De plus, ce travail nous a permis de mieux comprendre les difficultés que peut éprouver le personnel de santé en lien avec les changements liés aux réformes. Nous avons aussi examiné les mesures adoptées par différentes lois ainsi que les pistes de solution, ce qui nous a permis de déterminer, en nous appuyant sur la littérature ou sur les médias, en quoi ces solutions pouvaient être bénéfiques, ou non, pour aboutir à un système de santé plus efficient.

Comme nous venons de le voir tout au long de ce chapitre, malgré les différentes actions menées dans le but de mieux maitriser les dépenses, aujourd'hui encore la performance du système de santé ne répond pas aux attentes des populations, ni même à celles des gouvernements et pas non plus aux individus qui travaillent dans le secteur de la santé.

En effet le problème réside dans le fait que les patients souhaitent obtenir de bons soins en fonction de leur besoin, le personnel du secteur de la santé veut travailler dans de bonnes conditions de travail qui leur permettent de mener leur mission en toute quiétude sans empiétement sur la vie privée, alors que l'État cherche des solutions pour dépenser moins, tout en gardant un système de santé performant.

De manière générale, nous remarquons que les réformes ont toujours tenté de réduire les coûts des services de santé et des services sociaux sans trop se préoccuper des individus qui y travaillent. Ceci peut avoir un impact sur l'accompagnement du personnel au changement qui ne peut ainsi s'effectuer dans de bonnes conditions. De plus, le peu de temps qui s'écoule entre les réformes consécutives ne permet pas non plus aux acteurs d'intégrer complètement le sens des réformes. Ainsi, il semblerait que cette focalisation sur la minimisation des coûts de santé a fait en sorte que l'importance du rôle «des chevilles ouvrières» dans le domaine de la santé en a été oubliée.

Le modèle de *Lean production* tout comme celui de *Planetree* semblent être des avenues envisageables si l'organisation porte une attention particulière aux besoins et aux attentes des employés et si l'engagement du personnel clef (gestionnaires, chefs de programme) est assurée, à tous les niveaux de l'organisation.

La catégorie d'infirmières praticiennes spécialisées est liée au contexte de pénurie des médecins. Sans en avoir les avantages salariaux, ces infirmières sont amenées à poser des diagnostics, faire des prescriptions médicales etc. pour tenter de résorber le manque de médecins. Il semblerait que l'exécution des pratiques médicales pourrait engendrer la valorisation de cette pratique au détriment de la pratique en soins infirmiers (Brideau et Dallaire, 2010).

CHAPITRE III

DÉFINITIONS DES CONCEPTS ET FONDEMENTS THÉORIQUES

Introduction

Comme nous l'avons vu plus haut, nous nous intéressons aux pratiques de GRH, mais aussi à l'incidence des pratiques de GRH sur le parcours professionnel et la rétention de la main d'œuvre. Bien que les théories des carrières intègrent parfois la dimension travail-famille, avec les mutations constantes de la société, ces concepts et théories ont besoin d'être revus et validés par des études empiriques. Pour ce faire, nous avons examiné plusieurs concepts et théories qui nous semblent importants pour notre recherche. Ainsi, nous présentons dans les pages qui suivent les concepts de rétention de main d'œuvre, de roulement du personnel ainsi que ceux d'engagement, de motivation, de reconnaissance afin de comprendre s'ils ont un lien avec la rétention de la main d'œuvre. Le concept de parcours de vie sera également étudié ainsi que la théorie des carrières de manière plus générale, étant donné notre objectif théorique général.

3.1 Le concept d'attraction et de rétention de la main d'œuvre

A travers la littérature scientifique, les concepts d'attraction et de rétention sont définis de multiples façons. Pour notre travail nous retiendrons la définition d'Arthur (2001, cité dans Vallée, 2008, p. 7): «Capacité à avoir accès, à sélectionner et à conserver à son bord, les ressources humaines qui lui permettent d'atteindre ses objectifs organisationnels».

De nos jours, le concept d'attraction constitue un enjeu très important pour les organisations. En effet, suite au vieillissement de la population et à la pénurie de main d'œuvre qualifiée dans certains secteurs (santé, finance, agroalimentaire, industrie pharmaceutique et biotechnologie) certaines organisations ont du mal à attirer une main d'œuvre qualifiée (Morin, 2009). Toujours selon cet auteur, l'attraction serait traduite «sous la forme d'un attrait ou d'une attitude positive des chercheurs d'emploi à l'égard d'une organisation vue comme un employeur potentiel. La nature de cette attraction organisationnelle contribue directement à l'acceptation ou au rejet d'une offre d'emploi» (ibid, 2009, p.1).

Pour d'autres auteurs (Rynes et Barber 1990, p. 287, cité dans S. Grenier, 2010), il est plutôt question de modèle d'attraction où l'on différencie « attraction », « screening or selection » et « recruitment ». Ainsi l'attraction d'un candidat est définie comme « activities designed either to increase the number or to change the characteristics of individuals who are willing to consider applying for or accepting a job ».

> Le concept de rétention

Bien que les deux soient souvent associés, et que les mêmes facteurs puissent contribuer à l'attraction et à la rétention de main-d'œuvre, nous allons nous intéresser à la rétention dans notre thèse, car nous allons interviewer des personnes déjà en emploi dans des organisations données. Le concept de rétention est caractérisé par l'intention ou non d'une personne de demeurer dans son emploi actuel (Barber et Bretz, 2000; Cotton et Tuttle, 1986). De nombreux termes sont employés dans la littérature en référence au concept de rétention de la main d'œuvre comme : rétention, roulement et taux de roulement, départ et taux de départ, intention de quitter, taux de départ, congédiement, licenciement, mise à pied. Cependant, le terme le plus étudié dans la littérature est celui du «roulement de la-main d'œuvre» terme diamétralement opposé à notre concept de rétention (Reynolds, 1951; Morse, 1968).

Par ailleurs, le terme de «maintien en emploi» plutôt que celui de «rétention de la main d'œuvre» est utilisé dans le sens de «prolongement de la vie professionnelle des travailleurs plus âgés (Guérin et Saba 2003).

Dans le dictionnaire des relations de travail, Dion (1986) définit le concept de rétention ainsi :

«Phénomène qui consiste dans le mouvement d'entrées et de départs des travailleurs d'une organisation. On le mesure par les changements qui se produisent parmi les employés au cours d'une période donnée, généralement une année : engagements, départs, mises à pieds ou licenciements. La mesure n'est significative, cependant, que dans les industries où la relation employeur-employé est généralement stable, par exemple dans la plupart des industries manufacturières. [...] On attache beaucoup d'importance à ce phénomène, principalement en fonction du coût d'embauchage, de l'entraînement et de la formation des nouveaux employés, mais c'est aussi un moyen de se rendre compte d'une façon concrète du degré de satisfaction ou d'insatisfaction

du personnel d'une entreprise. On utilise parfois l'expression virement de la maind'œuvre » (Dion, 1986, p.423).

Mobley et al., (1978) ainsi que Mobley, et al., (1979) ont proposé un processus de causalité composé de quatre caractéristiques, soit la démographie, la satisfaction au travail, l'environnement de travail et le chiffre d'affaires, pour mesurer l'impact de ces dernières sur le maintien en emploi. Selon ces auteurs, la dimension démographique aurait une influence sur le fait de rester ou non en emploi et la satisfaction au travail aurait un impact sur le processus de retrait cognitif. Ainsi, l'âge comme donnée démographique montre que si la rétention des travailleurs expérimentés devient un enjeu important, il en va certainement de même pour l'attraction des jeunes talents les plus prometteurs (Beaupré et al., 2008). Effectivement, avec la pénurie de main d'œuvre et l'absence de relève concernant certains métiers ou certaines professions la gestion de la relève est devenue une priorité pour les organisations et de nombreux chercheurs recommandent ainsi aux organisations d'implanter une politique de rétention des travailleurs qualifiés et expérimentés (Audet, 2004; Vandenberghe, 2004; Saba et Guérin, 2004).

Ainsi, les organisations mettent en place des stratégies de maintien en emploi pour tenter de retenir leurs employés, comme par exemple le mentorat, qui semble favoriser la transmission des connaissances dans une optique intergénérationnelle (Bourhis, Dubé et Jacob, 2004).

La pertinence de proposer de la formation continue même aux employés plus âgés est soulevée par (Dychwald, 1989). En effet, outre le fait de maintenir ses compétences à niveau, la formation continue peut permettre d'acquérir de nouvelles compétences pour réorienter la carrière ou pour enrichir l'emploi actuel.

Guérin et Saba (2003) ont montré que bien que l'effet de certaines pratiques visant la prolongation de la vie professionnelle (mise en œuvre d'un projet personnel de fin de carrière, mesures d'aménagement du temps de travail, amélioration de la qualité de vie au travail, stimulants financiers) soit moins important que les facteurs personnels (ancienneté, état de santé, situation financière anticipée à la retraite, importance du travail dans la vie, etc.), il est loin d'être insignifiant.

Tremblay (2004) a montré qu'avec l'augmentation des familles monoparentales et des familles à double carrière, les hommes pourraient être amenés à expérimenter les mêmes

difficultés que les femmes en matière de conciliation travail-famille. Ainsi, l'empiètement non-souhaité de la vie professionnelle sur la vie personnelle provoque de l'insatisfaction; en revanche, la flexibilité dans l'organisation et le télétravail peuvent avoir un impact sur la satisfaction des employés des deux genres, donc sur leur rétention.

3.2 Le concept et la théorie de l'engagement organisationnel

L'engagement organisationnel est reconnu comme pertinent par la communauté scientifique ainsi que celle des professionnels car il présente un lien empirique démontré avec la rétention et la fidélisation du personnel (Vandenberghe, 2005).

Paillé (2003, p. 45) définit l'engagement organisationnel comme suit : «L'analyse du champ de la recherche sur l'engagement organisationnel a permis de dégager progressivement trois grandes tendances qui reflètent trois formes d'engagement».

La définition de Paillé (2003) est corroborée par plusieurs études en lien direct avec l'engagement organisationnel qui ont défini trois dimensions organisationnelles, à savoir l'engagement affectif, l'engagement normatif et l'engagement de continuité (Meyer et coll., 2002; Mathieu et Zajac, 1990).

L'engagement affectif correspond au lien affectif que tisse l'individu avec son organisation et les membres de son organisation (Mowday et coll., 1979 cité dans Bettache, 2007).

L'engagement normatif renvoie au sentiment de loyauté éprouvé à l'égard de son employeur. L'individu engagé sur le plan normatif reste chez son employeur parce qu'il s'y sent obligé, en raison d'une dette morale ou d'une obligation morale qu'il veut respecter (Buchholz, 1978 cité dans Bettache, 2007).

L'engagement de continuité fait référence aux coûts et aux sacrifices liés au départ de l'organisation (Becker, 1960), L'engagement de l'employé envers son organisation est ainsi motivé par le besoin ressenti par ce dernier de maintenir les avantages liés au fait d'y rester (Vanderberghe, 2004)

Les trois formes d'engagement n'ont pas le même effet sur les attitudes et les comportements

des employés. Si une organisation cherche à retenir ses meilleurs employés, elle a intérêt à développer leur engagement affectif, puis normatif, et à éviter que l'engagement de continuité soit la principale cause de maintien dans l'organisation. Dans ce dernier cas, les employés restent un peu « par dépit », et on a observé un lien négatif entre ce type d'engagement et les performances au travail (St Onge et al., 2009).

3.3 Le concept et la théorie de la motivation

Bien que le concept de motivation semble aller de soi, dans la réalité la motivation au travail est un phénomène complexe. Le concept de la motivation est défini comme «un processus qui active, oriente et maintient le comportement des employés vers l'atteinte d'un objectif organisationnel» (Campbell et Pritchard, 1976; Landy et Becker, 1987; Pinder, 1984; Steers et Porter, 1991 cité dans Pépin 1993).

Rondeau (1987) explique que la motivation renvoie aux agissements d'une personne selon les préoccupations qui l'animent (besoins et valeurs), ses stimulations extérieures qui proviennent de son environnement de travail (objectifs clairs, conditions de travail) et également selon l'interprétation de l'image qu'elle se fait d'elle même et du monde. D'où la difficulté pour les gestionnaires de motiver leurs employés. C'est pourquoi selon l'auteur, pour motiver les employés, le gestionnaire doit avoir une vision globale du phénomène de la motivation au travail, au lieu de se concentrer sur une seule approche ou une théorie en particulier.

Selon Deci et Ryan (1985) il existe deux formes de motivation. La motivation intrinsèque c'est-à-dire que l'individu s'engage dans un travail par intérêt, volontairement et pour son plaisir. Trois sortes de motivation intrinsèque sont relevées par Vallerand et al., (1989) : la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement et la motivation intrinsèque à la stimulation.

La motivation intrinsèque à la connaissance s'exprime lorsque l'individu fait une activité pour le plaisir, qu'il apprend des choses nouvelles. En ce qui concerne la motivation à l'accomplissement, l'individu ressent du plaisir pour son efficacité et sa compétence. Concernant le dernier type de motivation c'est-à-dire la stimulation, ce sont les sensations spéciales que procure l'activité qui motivent l'individu.

La motivation extrinsèque est en lien avec des comportements effectués pour des raisons instrumentales et non pas pour l'activité même. Selon Deci et Reyan (1985) l'individu motivé extrinsèquement effectue une activité dans le but d'obtenir des conséquences agréables ou d'éviter les effets désagréables. Tout comme pour la motivation intrinsèque Decy et Ryan (1985) mentionnent trois types de motivation extrinsèque : la régulation externe, l'introjection et l'identification.

Le comportement motivé par régulation externe est commandé par des sources extérieures à l'individu (récompenses, contraintes sociales); en cas d'introjection, l'individu se force à faire l'action (contrainte), pour éviter une conséquence désagréable.

Bien qu'il existe de nombreux modèles de la motivation au travail comme par exemple ceux de Locke et Latham (1990) et ceux de Katzell et Thompson (1990); selon Pépin (1993) dans l'ensemble ces modèles n'expliquent qu'un paramètre de la motivation, comme par exemple le rendement des employés au travail ou la satisfaction. En s'inspirant du modèle de Locke et Latham (1996) et de celui de Katzell et Thomson (1990), Pépin (1993) a présenté un schéma d'intégration dans lequel il y présente le processus de la motivation non pas de manière linéaire, mais par boucle de rétroaction. La motivation est ainsi représentée comme «un processus d'ajustement mutuel entre l'individu et son milieu de travail». Ci-dessous, le schéma d'intégration de Pépin (1993).

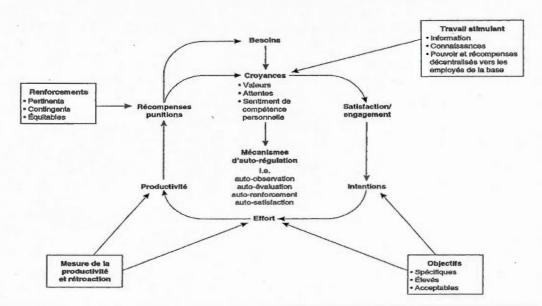


Schéma 3. Modèle d'intégration de la motivation au travail (Pépin, 1993)

3.4 Le concept et la théorie de la reconnaissance

Le concept de reconnaissance est reconnu dans la littérature comme un facteur majeur de motivation, d'implication, de satisfaction au travail (Bourcier et Palobart, 1997; Wils et al., 2004; Tremblay et al., 2000; Brun et Dugas, 2005; St-Onge et al., 2005). De plus, Brun (2008) ajoute que la reconnaissance est devenue un besoin pratiquement unanime chez les salariés, puisque compte tenu des caractéristiques du contexte organisationnel évolutif, les salariés cherchent à être reconnus en tant que personne, pour leurs efforts fournis, pour leurs compétences ainsi que pour leurs résultats. Par ailleurs, la reconnaissance peut se pratiquer sur une base régulière ou ponctuelle, de manière formelle ou informelle, individuelle ou collective, privée ou publique, pécuniaire ou non pécuniaire (Brun et Dugas, 2005).

Se situant à la genèse de la théorie de la reconnaissance, et dans le but de comprendre les effets de la reconnaissance sur le bien-être psychologique des employés, Siegrist, (1996); Bourcier et Palobart, (1997) ont examiné les relations interpersonnelles entre supérieurs et subordonnés afin d'identifier les interactions quotidiennes ainsi que les rétroactions ponctuelles. Ces auteurs ont démontré que la reconnaissance avait un impact positif sur la motivation et la satisfaction des employés.

D'autres recherches comme celles de Tremblay et al. (2000); Wils et Labelle (2004) ont souligné l'impact de pratiques ou de style de gestion de reconnaissance non monétaire sur l'établissement d'un lien affectif avec l'organisation ainsi que sur la motivation des employés à contribuer au succès de celle-ci.

Par ailleurs, Dany et Livian (2002) ont précisé que chez les cadres, la reconnaissance constituerait un facteur de résistance au stress, leur permettant ainsi de mieux faire face aux situations professionnelles plus difficiles parfois.

Selon St Onge et al. (2005), il est possible de témoigner de la reconnaissance à ses employés en leur procurant de meilleures conditions de travail, tels des horaires flexibles, le choix du quart de travail, de l'accès à de la formation, ou encore des activités à visée sociale comme des fêtes, des pique-niques, etc.

L'analyse de la littérature scientifique permet d'identifier quatre approches de la reconnaissance en milieu de travail : l'approche éthique, la conception humaniste et existentielle, l'approche behavioriste ou comportementaliste et l'école de la psychodynamique au travail.

- ➤ Selon De Konink (1999) l'approche éthique caractérise la reconnaissance comme une question de dignité humaine, l'humain est une fin et non un moyen. Ainsi, chaque personne représente une fin et ne doit pas être réduite à un simple moyen pour l'organisation.
- ➤ Selon Martin et al. (1996) la conception humaniste et existentielle s'adresse au caractère unique de la personne. Cette conception se base sur le fait qu'en fournissant aux individus de bonnes conditions de travail accompagnées de bonnes relations interpersonnelles, les individus pourront témoigner d'un engagement pour leur organisation.
- ➤ Selon l'approche behavioriste ou comportementaliste, le comportement des individus est contrôlé par les conséquences de leurs actes et s'inscrit dans une logique de contribution-rétribution. Ici la reconnaissance est souvent associée à une récompense (boni de rendement) dont le but est d'amener les individus à répéter les actions ou à souligner les résultats.

Par le biais d'expériences, l'école de la psychodynamique du travail a examiné le vécu subjectif d'individus en milieu organisationnel, les dimensions intangibles du travail (efforts émis et risques encourus) ainsi que les stratégies individuelles et collectives de défense. Cette recherche souligne que les individus tentent de préserver leur équilibre psychique en dépit de conditions de travail difficiles. Ainsi, Dejours (1993) souligne que dans ce contexte la reconnaissance s'appuie sur le jugement d'utilité sociale, économique ou technique que porte le travail et relève du registre symbolique par la valorisation de ce dernier, qui s'effectue par des témoignages de supérieurs, de clients. Le jugement de beauté porte quand à lui sur la qualité du travail et sur les efforts consentis pour l'exécuter. Cette valorisation s'effectue par les collègues et les supérieurs et les pairs.

Ainsi nous pouvons noter que le type de reconnaissance fourni aux individus peut varier en fonction du domaine d'intérêt (personne, comportement, vécu en situation de travail, l'être humain comme être de dignité) étudié par ces approches.

3.5 La notion de conciliation emploi-famille et les théories rattachées

Le terme de conciliation emploi-famille est plutôt récent et c'est avec la progression de l'activité féminine que ce terme a fait son apparition dans la littérature scientifique, au cours des années 1990 (Tremblay, 2005). Toutefois, l'expression « conciliation travail famille » ne fait pas toujours l'unanimité, certains auteurs préférant parler «d'articulation emploi-famille», d'autres «d'harmonisation vie professionnelle-vie-personnelle», ou encore «d'équilibre travail famille». Dans cette thèse nous préférons utiliser le terme de conciliation emploi-famille/vie personnelle. En effet, ce terme nous semble plus explicite puisqu'il est question d'emploi et de famille et qu'il renvoie, au sens large, aux parents qui travaillent, et qui ont la charge d'enfants ou de parents âgés, mais aussi à toute personne qui possède une activité salariée sans qu'il soit question de genre, d'âge, d'état civil, du type de famille ou du poste occupé, et qui souhaite avoir du temps pour sa vie personnelle. Le terme de conciliation peut présumer d'un conflit avéré ou potentiel entre l'emploi et la famille; celui d'emploi renvoie à l'environnement de travail et aux caractéristiques de l'emploi, notamment au degré d'autonomie dans le travail, à la charge de travail ou encore à d'autres caractéristiques de l'emploi (St Onge et al., 1994 :Tremblay, 2005). Les caractéristiques de l'emploi sont

centrales dans le conflit emploi-famille puisque selon la catégorie socioprofessionnelle étudiée, les exigences de travail peuvent être plus importantes et peuvent donc nuire à la conciliation emploi-famille (Guérin et al., 1997; Tremblay, 2007).

De nombreuses recherches mettent en relief le sentiment de manque de temps chez les parents travailleurs ainsi que des conflits entre l'emploi et la famille (Barrère-Maurisson, 1992; Méda, 2001).

Dans sa revue des théories, Stepanski (2003) évoque six théories utilisant chacune une approche différente dans la relation travail-famille : la théorie de la maximisation de la satisfaction, la théorie instrumentale, la théorie rationnelle, la théorie des débordements, la théorie de la segmentation et la théorie du conflit.

Dans la théorie de la maximisation de la satisfaction, la relation travail famille est perçue de manière bidirectionnelle. Le conflit travail-famille provient du fait que l'individu passe plus de temps dans la sphère qui lui procure le plus de satisfaction. Ainsi se crée un déséquilibre puisque le temps est amoindri pour l'autre sphère (Frone et al., 1992; St-Onge et al., 2002). Ces auteurs font la distinction entre le conflit «travail-famille» et le conflit «famille-travail», distinguant les deux sens possibles du conflit, soit du travail vers la famille ou inversement.

La théorie instrumentale explique que selon les individus, le travail ou la famille nécessite plus de temps et d'énergie. Ainsi selon le choix des individus, le travail ou la famille relève respectivement soit de l'obligation, soit de la récompense.

La théorie rationnelle soutient que le conflit entre le travail et la famille survient lorsque les individus passent plus de temps au travail et consacrent moins de temps aux activités familiales ou vice versa.

La théorie des débordements postule que la satisfaction ou l'insatisfaction vécue au travail ou dans la famille exerce un effet positif ou négatif sur l'autre domaine. Dans ce cas il peut y avoir conflit lorsqu'une insatisfaction associée au travail se répercute négativement sur la vie familiale ou vice-versa. Par ailleurs si l'influence est positive au travail, elle peut se répercuter de manière positive sur la famille

La théorie de la segmentation soutient que le conflit relève de l'inaptitude de l'individu à séparer ses activités professionnelles de ses activités familiales. Le rôle de l'individu au travail n'aura donc aucun effet sur celui au sein de la famille. L'individu peut jouer les deux rôles s'il trouve un équilibre entre les deux sphères et s'il s'investit autant de temps dans l'une que dans l'autre.

La théorie du conflit explique que la concentration, l'énergie et le temps sont des ressources limitées. Ainsi en consacrant plus de ressources dans un domaine cela créé un déséquilibre entre travail et famille, d'où le conflit de rôles. La notion de ressources limitées postule qu'il y a une relation d'influence négative entre le travail et la famille.

Selon Kahn et al. (1964) et Beutell (1985) le conflit emploi-famille peut être ressenti comme un conflit entre les différents rôles à jouer et dans lesquels des pressions venant de l'emploi et de la famille seraient mutuellement incompatibles.

Plusieurs auteurs ont révélé la présence de trois formes de conflit (Duxbury et Higgins, 1991; Frone et al., 1992; Kossek et Ozeki, 1998; Lee, Carswell, et Allen, 2000; Netemeyer, Boles, et McMurrian, 1996; Stephens et Sommer, 1996, Goode, 1960): le conflit de temps, le conflit de tension et le conflit de comportement. Selon ces auteurs, le conflit de temps est en lien avec la surcharge temporelle due aux différents rôles ainsi qu'avec la difficulté (manque de temps) à gérer les exigences de l'un et de l'autre; le conflit de tension est en rapport avec la tension vécue dans l'exercice d'un rôle (parent) qui interfère dans un autre rôle (salarié). Enfin, le conflit de comportement apparait lorsque le comportement propre à un rôle est incompatible avec le comportement attendu dans un autre rôle.

Dans notre recherche nous nous intéressons essentiellement aux conflits de temps et à l'impact des mesures organisationnelles offertes ou non, puisque les individus, qu'ils soient parents ou non, cherchent à concilier l'emploi et la famille grâce à des mesures formelles ou informelles de soutien à la carrière.

Dans leur modèle, Orthner et Pittman (1986) ont montré que le soutien par des politiques organisationnelles (garderie, counselling familial) en direction des salariés mais aussi de leur famille, a un impact sur l'implication et l'engagement au travail, ceci ayant une incidence sur le rendement, le moral et la rétention des salariés.

D'autres auteurs, Hall et Richter (1988), organisent les pratiques offertes par l'organisation selon un modèle de réponses qui tendrait à l'intégration, à la séparation, ou au respect de la vie professionnelle et de la vie privée. Ils recommandent également aux organisations de se contenter d'offrir à leurs employés la flexibilité dont ils ont besoin afin de bien délimiter la frontière entre travail et hors travail.

Alors que le modèle de séparation affirme que les individus préfèrent séparer les deux sphères, soit la sphère privée et la sphère professionnelle, les deux autres modèles admettent que la sphère professionnelle et la sphère privée sont en relation et qu'elles sont poreuses.

S'agissant du modèle de séparation, Kanter (1977) dénonce «The Myth of Separate Worlds» dans lequel l'organisation agit comme si la sphère privée n'existait pas, ne la concernait pas. Ainsi, l'organisation du travail et des carrières serait caractérisée par une forte rigidité des horaires par exemple, ainsi que par l'absence de mesures formelles d'harmonisation.

Concernant le modèle d'intégration, l'employeur se saisit de l'articulation travail et hors travail des salariés comme des mondes reliés en faisant figure de protecteur ou «de paternaliste» comme le dit Kirchmeyer (1995). Plusieurs pratiques sont liées à ce type de modèle comme l'assistance juridique, fiscale ou encore de l'assistance pour les services de garde ou encore des problèmes plus personnels comme les divorces.

Hall et Richter (1988) recommandent le modèle de respect des frontières entre la vie privée et la vie professionnelle. Selon ces auteurs l'employeur devrait permettre aux salariés de faire face lui-même à ses responsabilités relevant de la sphère personnelle et non l'aider personnellement tel que décrit dans le modèle d'intégration.

3.6 Le concept de parcours de vie (life course)

Tout d'abord il faut distinguer le concept de parcours de vie de plusieurs autres concepts connexes basés eux-aussi sur le temps. En effet, alors que le terme de cycle de vie est parfois utilisé de manière interchangeable avec celui de parcours de vie, il renvoie à une vision différente, plus linéaire. Le concept de durée de vie est applicable aux personnes et se réfère à la durée du temps de la naissance à la mort. Bien que ces trois concepts aient une référence

temporelle, seul le concept parcours de vie examine l'évolution des rôles sociaux que les individus détiennent à mesure qu'ils vieillissent (Palvako, 2000).

Avec l'accroissement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, le concept de parcours de vie (life course) semble pertinent pour examiner l'évolution des rôles sociaux tout au long de la vie. Ainsi de nombreux chercheurs regroupés dans ce courant de recherche examinent l'évolution des parcours de vie (Lalive d'Epinay, 1994; Elder, 1998; Guilemard, 2003; Cavalli, 2007; Guillaume, 2009). Lalive d'Epinay et al. (2005, p. 201) définissent le concept de parcours de vie comme suit :

«Le modèle ou les modèles de curriculum qui, dans une société et un temps donnés, organise(nt) le déroulement de la vie des individus dans ses continuités et discontinuités. Ces modèles consistent, d'une part, en des systèmes de normes et d'allocation de ressources prenant la forme de profils de carrière et de statuts d'âge, ainsi que de transitions généralement associées à des âges typiques ; d'autre part, en un ensemble de représentations collectives et de références partagées. Ils constituent l'une des médiations centrales entre le système socioculturel et les individus» (Lalive d'Epinay et al., 2005, p. 201).

Cette définition renvoie d'une part, à un modèle sociétal (organisation de la vie par la société) d'autre part, à un modèle individuel des parcours de vie (organisation du parcours de vie par l'individu).

Cependant, le modèle de parcours de vie de type normatif semble disparaître avec le temps dédié aux études qui s'étale aujourd'hui à travers les âges; les parcours professionnels souvent ponctués par des sorties précoces voulues ou non (chômage, retraite anticipée; (cf.Guillemard, 2003); certains retraités qui font une nouvelle entrée sur le marché du travail (cf. Elder et Pavalko, 1993), et le financement des retraites qui se précarise pour les générations à venir.

Selon Elder et O'Rand (1995) les concepts de trajectoires et de transitions permettent de mieux appréhender la dynamique des rôles sociaux qui forment le parcours de vie. Le concept de trajectoires basé sur le long terme, fournit un contexte large (carrière professionnelle). Il est constitué de plusieurs transitions qui renvoient à des changements à court terme comme le mariage ou un changement d'emploi.

Selon Drancout (1994) le concept de trajectoire individuelle par opposition à celui de trajectoire structurelle (histoire professionnelle commune à une partie de la main d'œuvre (cf. Spilerman, 1977) met en lumière l'individu et son histoire, éléments indispensables pour comprendre le sens de la trajectoire.

Oris et al. (2009) soutiennent la thèse du paradigme de parcours de vie prônant l'interdépendance entre divers champs d'activité dont celui de la famille et de l'activité professionnelle. Ainsi, ils ont montré que les personnes qui ont une trajectoire variée, parsemée de transitions dans un champ, présentent le même type de trajectoire dans l'autre champ. De plus, les auteurs ont observé un lien très précis entre les types de trajectoires professionnelles et familiales pour les femmes, et une absence de lien entre ces deux dimensions pour les hommes. Ainsi, pour les hommes la trajectoire professionnelle de temps partiel ne dépend pas de la trajectoire familiale.

Lalive d'Epinay et Cavalli (2007) associent la notion de transition à celle de tournant (turning point) dans les parcours de vie et montrent que ce sont d'abord les enjeux liés à la sphère familiale au sens large du terme (couple, enfants, parents etc.) et tout au long de la vie, qui sont associés aux différents tournants. Ainsi, dans la première partie de la vie d'adulte les marqueurs temporels familiaux sont le mariage et la naissance du premier enfant. La sphère éducationnelle et professionnelle apparaissent ensuite. Enfin à la cinquantaine les marqueurs correspondent aux divorces ainsi qu'aux décès plus présents et de manière toujours plus forte au fil des ans.

3.7 Les théories des carrières

Les théories des carrières ont une importance cruciale pour nous permettre de répondre à nos questions de recherche et de comprendre quelles sont les incidences des mesures de conciliation emploi-famille/vie personnelle sur la carrière et le maintien en emploi de nos répondants. Nous présentons, ci-dessous, celles que nous avons retenues et qui soutiennent notre proposition théorique à savoir que les carrières changent tout au long des parcours de vie et qu'elles ont besoin d'être revues.

Concepts et théories des carrières

Que ce soit en Amérique ou en Europe, depuis plusieurs décennies, le monde du travail a connu de nombreux bouleversements. La mondialisation, les progrès technologiques, l'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail, la prolifération des emplois atypiques, le vieillissement de la population sont autant de manifestations qui ont transformé les organisations et les carrières (Sullivan et Baruch, 2009). Par ailleurs, la structure familiale a évolué et se caractérise de plus en plus par des couples à deux salaires (Colle et Christin, 2008), des familles monoparentales, des couples ayant la responsabilité d'enfant mais aussi parfois celle d'un parent âgé. Dans un tel contexte, les personnes cherchent à concilier le travail et la famille, d'autres cherchent à concilier le travail et la vie personnelle, d'autres encore à combler des besoins de formation professionnelle (Enache et al., 2011). Ainsi, se manifeste une forte demande pour des aménagements permettant de concilier les divers temps sociaux, et si ces besoins ne sont pas satisfaits, il peut arriver que des individus quittent leur entreprise (Hall et al., 2008), alors que d'autres revoient leur statut à la baisse pour tenir compte de leur vie personnelle (Sullivan et Baruch, 2009). En fin de carrière, certains employés âgés ont dû reporter la prise de leur retraite alors que d'autres sont revenus sur le marché du travail après l'avoir prise, en raison de problèmes financiers (Wang et Shultz, 2010; Von Bonsdorff, 2009). Tous ces changements environnementaux et sociétaux rendent le concept de carrière plus complexe et différencié et de nouvelles approches ont été proposées (Arthur et Rousseau, 1996; Miles et Snow, 1996; Sullivan, 1999). Ainsi, la littérature présente deux grandes approches de la carrière, l'une émanant d'une définition traditionnelle et l'autre d'une définition moderne (Guerrin et Wils, 1992).

La notion de «carrière traditionnelle» renvoie à un parcours professionnel stable, effectué dans un même secteur d'emploi, chez un seul employeur qui offre la sécurité de l'emploi en échange des loyaux services de ses employés (Guerrin et Wils, 1992). Dans ce type de carrière, l'individu fait son entrée dans l'entreprise dès la fin de ses études et assure son ascension en gravissant les différents échelons hiérarchiques liés non seulement à son ancienneté mais aussi à son mérite (Rosenbaum, 1979; Lévy-Leboyer, 2006). Ce cheminement correspond à celui de la mobilité verticale caractérisée par l'avancement hiérarchique (grades, salaire, niveaux hiérarchiques, postes) mais ne tient pas compte de l'environnement extérieur à l'individu. Il s'agit donc d'une conception objective, sociale et économique du succès de carrière basée sur le statut, le pouvoir que confère le statut, ainsi

que le confort financier (Cardinal, 2004; Bastid, 2004). Cependant, avec l'aplatissement des hiérarchies et le phénomène d'externalisation observé au cours des dernières décennies, les entreprises ne peuvent souvent plus offrir la sécurité de l'emploi. Certaines d'entre elles vont parfois aider les employés à améliorer leurs compétences en leur proposant des possibilités d'amélioration de leur employabilité, en cas de départ volontaire ou involontaire (licenciement) de ceux-ci (Hall, 1996; Baruch, 2006, 2001). En outre, la carrière traditionnelle ne concerne que l'expérience de travail, la conciliation travail-famille-vie personnelle n'étant pas prise en compte (Cardinal, 2004).

Plus tard, la pertinence de l'approche traditionnelle ou organisationnelle des carrières est remise en cause, les chercheurs parlent alors de carrières éclatées, de crise des carrières (Chanlat, 1992; Arthur et Rousseau, 1996; Hall et Marvis, 1996; Tézé, 2008). C'est ainsi que de nouvelles formes de carrières apparaissent à travers le concept de «carrière protéenne» mis de l'avant par Hall (1976).

Le concept de carrière protéenne se veut plus individualiste et est défini ainsi : «The protean career is a process in which the person, not the organization, is managing. It consists of all the person's varied experience in education, training, work in several organizations, changes in occupational field, etc. The protean person's own personal career choices and search for self-fulfillment are the unifying or integrative elements in his or her life» (Hall, 1976, p. 201). Selon Mirvis et Hall (1996), la carrière du 21 ème siècle sera protéiforme en anglais «protean career», soit une carrière dirigée et imaginée par l'individu lui-même et non par l'organisation, une carrière réinventée en fonction de la personne, de l'environnement économique et qui change au cours du temps. Cette approche subjective est le miroir des comportements individuels qui mènent les individus à négocier des changements d'emploi.

DeFilipppi et Arthur (1994) introduisent la notion de «carrière nomade» et sont parmi les premiers à parler de «Boundaryless career» ou notion traduite en français sous le terme carrière « nomade » par Cadin et al. (2003). Alors que le modèle de carrière traditionnel était mis en œuvre par l'organisation, celui de la «Boudaryless career» repose sur l'individu. Ainsi, DeFilippi et Arthur (1996, p. 116) considèrent la «Boudaryless career» comme «A sequence of jobs opportunities that go beyond the boundaries of single employment settings» (ibid, p. 127) «An employment setting (...) can mean either an independent firm or a business

⁴ Le terme protéiforme est dérivé du dieu grec Protée qui pouvait changer de forme à volonté.

unit of a larger firm, in which employment responsibility is decentralized». Ce concept répond à une logique d'accomplissement personnel (succès psychologique) selon Mirvis et Hall (1996), et se fonde sur un processus continu de développement d'un portefeuille de compétences individuelles, appelées «knowing» (DeFilippi et Arthur, 1996) qui associent savoir-faire technologiques, «knowing-how», réseaux relationnels, «knowing-whom» et capacité à donner du sens à son travail, «knowing-why». Ainsi, c'est l'individu seul, et non l'entreprise qui l'emploie, qui fait ses propres choix de carrière. Plusieurs entreprises vont alors considérer que c'est à l'individu de s'assurer de développer ses compétences et son employabilité, dans le modèle des carrières nomades (Arthur et Rousseau, 1996; Cadin et al., 2003; Tremblay, 2003).

Cependant, malgré les annonces prônant la fin des carrières au sens traditionnel (Chanlat, 1992; Arthur et Rousseau, 1996; Hall et Marvis, 1996; Tézé, 2008) et l'émergence de nouvelles approches de gestion des carrières (Hall & Mirvis, 1996), il semblerait que l'ancien modèle de carrière n'ait pas totalement disparu (De Larquier et Remillon, 2008; Dany, 2004). En effet, ces derniers auteurs soulignent que certains individus ne possèdent pas toujours les compétences nécessaires ou même la flexibilité requise pour gérer eux-mêmes leurs carrières et de ce fait, on constate que des gens ne réussissent pas dans un tel système, mais aussi que nombre de jeunes recherchent encore une carrière stable, assez traditionnelle tout de même (De Larquier et Remillon, 2008; Dany, 2004).

De plus, Falcoz (2011) souligne certaines limites du courant des carrières nomades. En effet, selon l'auteur, bien que le courant de carrière nomade ait relancé l'intérêt pour l'étude des carrières des individus ayant des parcours plus fragmentés, ce dernier n'insiste pas suffisamment sur la dimension subie/choisie de ces séquences de carrière. Les auteurs de ce courant mettent trop l'accent sur la dimension apparemment choisie et généralisée de ces nouvelles carrières, alors qu'elles ne sont pas nécessairement si dominantes et pas toujours choisies. Par ailleurs, les études portant sur les conflits de rôles au sein des couples à double carrière, sur les tensions entre la vie privée et la vie professionnelle ou encore sur la conciliation travail-famille mettent en évidence que les individus sont amenés à revoir, de manière choisie ou contrainte, leur évolution professionnelle en intégrant ces différentes sphères. Ainsi tout au long du parcours de carrière, les priorités des individus changent.

Schein (1978) considère la carrière comme le résultat d'interactions entre les individus et l'organisation. La théorie des ancres de carrière proposée par Schein (1978, 1996) montre que le concept de soi (talents, habiletés, valeurs, motivation et besoins) développé par les individus tout au long de leurs expériences professionnelles, peut s'articuler autour de huit ancres de carrière, dont une seule serait dominante par individu. L'ancre «technique» correspond aux individus qui ne sont intéressés que par le côté technique de leur travail; l'ancre «compétence managériale» concerne les individus qui préfèrent les compétences liés au management plutôt que les compétences techniques ; l'ancre «autonomie/indépendance» se rapporte aux individus qui souhaiteraient devenir leur propre patron et travailler à leur propre rythme; l'ancre «sécurité/stabilité» correspond aux personnes recherchant une carrière qui leur procure de la stabilité et un emploi à long terme ; les individus qui se positionnent sur l'ancre «créativité/stabilité» ont des attitudes d'entrepreneur et souhaitent travailler dans un milieu qui leur permet d'être créatif; l'ancre «dévouement à une cause» se rencontre chez les individus qui souhaitent aider les autres; l'ancre «défi pur» correspond aux personnes qui aiment les défis et veulent les surmonter en résolvant des problèmes considérés insolubles; et pour finir les individus ancrés «qualité de vie» cherchent, plus que le succès professionnel, à avoir une vie globalement satisfaisante et à trouver l'harmonie entre la vie professionnelle et la vie privée. Cette ancre est tout à fait intéressante en regard de notre problématique puisqu'elle intègre la notion de conciliation travail-famille.

Cependant la théorie des ancres est remise en question par des travaux plus récents, dont ceux de Lévy-Leboyer et al. (2006) et Martineau et al. (2005), qui considèrent que les individus peuvent changer d'ancres au cours de leur vie professionnelle et que plusieurs ancres peuvent exister pour un même individu.

Super (1957) introduit le concept d'étape de carrière fondé sur des groupes d'âge reflétant l'évolution régulière des individus de l'entrée à la sortie de la vie professionnelle. D'ailleurs, en proposant une classification de carrière par genre, l'auteur met en évidence le lien entre la carrière et la vie familiale des femmes. De plus, un peu plus tard, Super (1990) introduit la pluralité du nombre de rôles joué par les individus, tant au travail (mentor, leader) que hors du travail (enfants, conjoint), ainsi que l'évolution des ces rôles tout au long de la carrière.

Hall (1976) décrit le développement de la carrière en soulignant l'interaction entre les stades de la carrière et ceux du développement de la vie familiale. En effet, au moment de la phase

d'établissement, les femmes seraient plus soumises aux demandes familiales. Cependant, selon l'auteur, avec la présence des couples à double carrière, ce poids est de plus en plus partagé par les hommes.

La plupart des auteurs comme Super (1957) ou encore Hall et Goodale (1986) procèdent à un découpage de la carrière en quatre grandes étapes : l'exploration (correspondant à l'apprentissage), la maitrise (correspond au développement), la maintenance (correspond à la routine) et le désengagement (correspond au retrait).

Selon, Kets de Vrie et Miller (1985), l'étape d'exploration se situe entre 20 et 26 ans ; il s'agit de la première étape de carrière durant laquelle l'identité se construit, où l'individu, confronté au changement, cherche la manière de s'intégrer dans un nouvel environnement en trouvant des repères (Hall et Goodale, 1986).

Pour plusieurs auteurs, dont Kets de Vrie et Miller (1985), l'étape de maintenance semble correspondre à celle de la crise de la quarantaine. Bien que reconnus pour la maitrise de leur emploi, cette phase correspond plus à une phase de routine où les individus se voient offrir peu de formation, ce qui peut induire une implication moindre et être ressenti comme une phase de plafonnement (Hall et Goodale, 1986). Pour certains individus, le sentiment d'être distancé par les plus jeunes qui maitrisent les nouvelles techniques est également présent (Kets de Vrie et Miller, 1985). Selon Super (1980), Williams et Savickas (1990), pouvoir équilibrer la vie professionnelle et personnelle semble être également un élément important pour les individus se situant dans la phase de maintenance, alors que pour d'autres individus, il s'agit d'une priorité (Ng et D. Feldman, 2007). Au contraire, selon Hall et Goodale (1986), l'étape de la maintenance peut correspondre soit à une période de croissance où l'individu va chercher de nouvelles compétences ou à une période de stagnation.

Erikson (1963) situe l'étape de la maitrise entre 35 et 45 ans. Celle-ci est caractérisée par des promotions, l'obtention d'un statut dans la hiérarchie, l'élargissement des compétences et des attentes d'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle (Kets de Vrie et Miller 1985).

Hall et Goodale (1986) soulignent que l'étape du désengagement est celle où l'individu investit moins dans son travail, se retire psychologiquement du monde professionnel et se prépare à la retraite. Durant cette étape, les individus seraient également plus stressés et

éprouveraient des difficultés à faire face aux pressions extérieures, au changement organisationnel, à répondre aux défis ; ceci s'explique du fait que plusieurs préfèrent alors ne pas mettre en danger la sécurité de leur emploi en changeant de poste et préfèrent se satisfaire du parcours accompli jusque-là (Kets de Vries et Miller, 1985).

Selon Weick (1976), la théorie des étapes de carrière ne semble toutefois posséder que peu de fondement empirique et ne peut donc pas expliquer tous les angles de la construction d'une carrière. En effet, diverses études ont montré les limites de cette théorie puisque chaque carrière est différente et fluctuante. Effectivement, selon Weick (1976), le mode séquentiel qui énonce qu'il faille passer par une étape pour atteindre l'autre ne s'applique pas nécessairement à tous, et tous ne vivent pas nécessairement du désengagement, ni au même moment. Par contre, Hall et Goodale (1986) ont souligné que concernant les carrières discontinues, un individu peut se trouver à 30 ans à l'étape de désengagement s'il perçoit que son emploi n'est pas en lien avec ses aspirations. De plus, un individu qui suit une formation pour accéder à un autre poste ou pour changer d'organisation va forcément se retrouver une nouvelle fois à l'étape de l'exploration. On voit donc qu'il n'y a pas d'automatisme entre l'âge et l'étape de vie professionnelle, mais qu'il peut y avoir de la diversité.

D'ailleurs, Super (1984) expliquait déjà que le modèle pouvait se recycler à diverses reprises et les étapes se présenter à divers moments ; ainsi, l'individu peut se recycler plusieurs fois, sur des durées plus courtes, tout au long de sa vie. Du coup, le fait que les individus puissent passer à plusieurs reprises par les différentes étapes remet aussi en question l'âge lié aux étapes puisque l'étape de maintenance peut âtre atteinte rapidement ou ne jamais l'être (Hall et Mirvis, 1996).

D'autres chercheurs, Smart et Peterson (1997), ont proposé, sans remettre en cause les quatre étapes, d'ajouter une cinquième étape qu'ils nomment «renouveau de carrière» puisque l'évolution des carrières ne correspond plus au découpage de la carrière en quatre étapes. Ceci est intéressant et correspond à des observations faites par Tremblay, Larivière et Chamahian (2011) pour des infirmières au Québec, qui se donnaient un nouveau souffle en fin de carrière.

Selon Sullivan et al. (2007), la théorie des carrières s'est historiquement construite à partir de modèles masculins. Ainsi, que ce soient les modèles traditionnels ou les nouveaux modèles

d'étapes de carrière, ces derniers ne semblent pas répondre à la complexité des carrières des femmes aux prises avec des responsabilités professionnelles et familiales.

Dans son approche du développement de la carrière des femmes, Hall (1976) soulève la question de l'interaction entre les étapes de carrières et celles du développement de la vie familiale qui peuvent parfois entrer en conflit. En effet c'est au moment où les femmes entrent dans la phase d'établissement qu'elles sont le plus soumises aux demandes familiales. D'ailleurs, selon l'auteur, avec l'intensification des couples à double carrière et que ce soit pour les hommes ou les femmes, cette pression familiale devient de plus en plus fréquente.

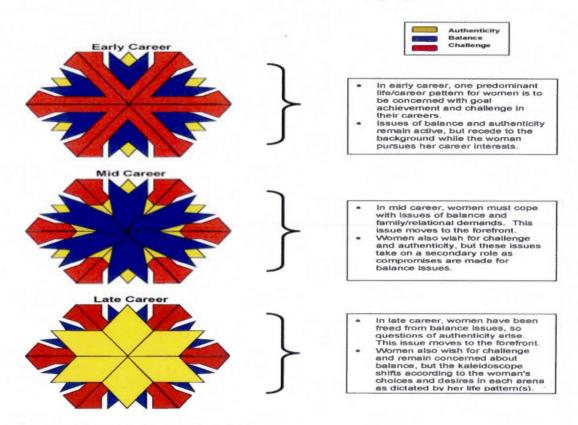
Van Maanen et Schein (1977, p. 10), approchent la problématique de la carrière des femmes comme suit : « We are aware, of course, that women's careers typically have different phasing. Further, we are aware that men's career patterns are beginning to be modified by the same forces that are changing women's careers. But no matter what modifications may occur, the interrelation between career and family stages will remain, even if the particular form it takes may change. » (Van Maanen et Schein, 1977, p.70).

Dans le prolongement des approches relationnistes, Gallos (1989), Powel et Méniero (1992) ainsi que Mainiero et Sullivan (2005) proposent une approche basée sur le modèle «ABC de Carrière Kaléidoscopique» pour mieux rendre compte de la complexité de la carrière des femmes. Ce modèle comprend trois paramètres, «Authenticity, Balance et Challenge», qui combinent les choix et les désirs des femmes selon leur schéma de vie. Nous proposons notre traduction de ces paramètres.

- ➤ Concernant le paramètre d'Authenticité, les femmes répondent à la question suivante : «Puis-je être moi-même dans tout cela et toujours être authentique?».
- ➤ Concernant le paramètre *d'Équilibre*: «Si je fais ce choix de carrière, puis-je équilibrer les différentes sphères de ma vie en un tout cohérent? ».

➤ Concernant le paramètre *du Défi*: «Si j'accepte cette option de carrière, aurais-je suffisamment de défis? » (Mainiero et Sullivan, 2005, p. 113-114⁵).

Schéma 4. Modèle ABC de Carrière Kaléidoscopique, pour les femmes



Source: Mainiero et Sullivan (2005, p. 115)

Le premier graphique ci-dessus montre qu'en début de carrière les femmes cherchent à atteindre les objectifs et à relever les défis liés à leur carrière. L'équilibre et l'authenticité sont moins présents puisqu'il s'agit de la phase de construction de la carrière.

Le second graphique correspondant à la mi-carrière met en relief le fait que les femmes recherchent l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle ainsi que les demandes familiales et relationnelles. On note ici que bien qu'elles aspirent aux défis et à l'authenticité,

⁵Paramètre *d'Authenticity*: «Can I be myself in the midst of all of this and still be authentic?». Paramètre de *Balance*: «If I make this career decision, can I balance the parts of my life well so that there can be a coherent whole? ». Paramètre de *Challenge*: «Will I be sufficiently challenged if I accept this career option?» (Mainiero et Sullivan, 2005, p. 113-114).

ceux-ci sont moins présents dans la mesure où elles font des compromis pour équilibrer la vie professionnelle et personnelle.

Le troisième graphique qui correspond à la fin de carrière montre que pour les femmes libérées des problèmes d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'authenticité occupe le premier plan. Ces dernières aspirent toujours aux défis de carrière et restent en attente d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Le kaléidoscope produit une combinaison en fonction des choix et des désirs de la femme dans chacun des différents domaines selon son schéma de vie.

Pour résumer, le modèle du Kaléidoscope met en relief les attentes et les choix des femmes à un moment donné de leur vie et montre que se sont ces choix qui les guident selon leurs désirs, leurs aspirations. D'ailleurs, dans une étude antérieure effectuée auprès d'hommes et de femmes cadres, le modèle kaléidoscopique a permis aux auteures de démontrer que les femmes et les hommes ont des contraintes temporelles différentes. En effet, alors que les femmes ont tendance à se consacrer simultanément au contexte des relations aux autres concernant les trois paramètres du kaléidoscope (*Authenticity, Balance et Challenge*), les hommes se concentrent d'abord sur leur carrière, et plus tard sur la famille et les relations aux autres.

La nécessité de revoir la théorie des carrières a été soulevée par de nombreux auteurs. Nous avons ainsi vu qu'on a contrasté le modèle traditionnel et le modèle nomade. Le modèle traditionnel de carrière correspond à un contexte de stabilité permettant aux individus, une fois entrée dans l'organisation, d'évoluer tout au long de leur vie professionnelle. Dans ce modèle, le cheminement de carrière est caractérisé par l'avancement hiérarchique et ne tient pas compte de l'environnement extérieur de l'individu. Il s'agit d'un modèle de carrière où la responsabilité de la carrière est essentiellement organisationnelle. Au contraire, la responsabilité de la carrière nomade repose sur l'individu et les organisations vont considérer que c'est à lui de s'assurer de développer ses compétences et son employabilité.

La théorie des ancres de carrière proposée par Schein (1978,1986) montre que, tout au long du parcours professionnel, le concept de soi développé par les individus peut s'articuler autour de huit ancres, dont une seule serait dominante par individu. Parmi ces huit ancres

figurent celle de «qualité de vie» qui s'avère intéressante en regard de notre problématique puisqu'elle intègre la notion de conciliation emploi famille.

Nous avons ensuite vu que Super (1957) a proposé un modèle avec des étapes de carrière, mais que la succession et l'ordonnancement de ces stades a été mis en question, et qu'un certain nombre d'auteurs ont mis de l'avant la différenciation des carrières des hommes et des femmes et le rôle que peuvent jouer les événements familiaux dans le parcours professionnel. Nous avons donc voulu approfondir cette vision et tenter de voir dans quelle mesure les événements familiaux et personnels peuvent influencer le parcours de carrière et notamment la fin de carrière. Nous nous intéressons donc à la manière dont les éléments familiaux, et au premier chef le défi de la conciliation emploi-famille, peuvent jouer sur les diverses étapes de la carrière, et c'est pour cette raison que nous avons choisi de faire une analyse selon le genre et selon l'âge.

De plus, notre choix d'analyse des parcours de vie par l'examen des trajectoires professionnelles et personnelles semble ici tout à fait pertinent pour mettre en relief leur caractère fortement imbriqué, surtout chez les femmes, ce qui semble expliquer la discontinuité professionnelle que vivent certaines femmes. Ainsi, à travers le concept de trajectoire individuelle, la description des trajectoires professionnelles et familiales des individus nous permet de mettre en lumière l'impact de la trajectoire professionnelle sur la trajectoire familiale ou personnelle et vice versa.

En outre, nous avons également vu que les concepts d'engagement, de motivation, de reconnaissance avaient un impact positif sur la satisfaction, et donc sur la rétention du personnel. Néanmoins, pour que le personnel soit engagé et motivé, les organisations doivent s'adapter en offrant des mesures en fonction des caractéristiques d'âge et de genre mais aussi en fonction des obligations et aspirations temporelles de la main d'œuvre.

Ainsi, l'étude des différents concepts et théories nous a procuré un certain éclairage sur l'incidence de la conciliation emploi-famille/vie personnelle sur les parcours professionnels.

Dans le chapitre suivant nous présentons notre design de recherche ainsi que notre méthodologie.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Introduction

Dans ce chapitre, après avoir exposé le cadre épistémologique nous présenterons notre design de recherche. Nous rappelons que notre recherche vise à comprendre les pratiques de gestion des ressources humaines qui permettent d'attirer et de retenir la main d'œuvre dans le domaine de la santé, et ceci en regard de la gestion des temps de travail et des temps sociaux mais aussi à comprendre l'incidence du défi de la conciliation emploi-famille sur les parcours de carrière des femmes et des hommes de tous âges. Notre recherche est essentiellement qualitative bien que nous ayons aussi recueilli des données quantitatives, mais qui ne seront analysées que sous la manière de statistiques descriptives, afin de compléter notre recherche qualitative, par entretiens. L'exposé de notre design de recherche porte donc essentiellement sur la méthodologie qualitative que nous avons retenue et nous allons la situer dans le cadre des écrits méthodologiques.

4.1 Le cadre épistémologique

Tout projet de recherche repose sur une vision du monde qui s'inscrit dans un cadre épistémologique (Perret et Séville, 2007). Piaget (1967, p.6) définit l'épistémologie comme «l'étude de la constitution des connaissances valables. Elle s'intéresse principalement aux questions suivantes; Qu'est ce que la connaissance ? Comment est-elle élaborée ? Quelle est sa valeur ?». Pour répondre à ces questions, le chercheur en science de l'organisation peut s'inspirer des réponses mises à sa disposition par les trois paradigmes épistémologiques les plus utilisés dans ce domaine, à savoir : le positivisme qui a pour projet d'expliquer la réalité, le constructivisme dont le projet est la compréhension de la réalité vue comme un construit social et l'interprétativisme qui propose de comprendre la réalité en partant de la vision des acteurs eux-mêmes et donc en utilisant des études qualitatives approfondies, des analyses de

discours, ou un compte rendu des justifications que les agents donnent de leurs actes (Perret et Séville, 2007; Leca et Plé, 2007).

> Posture épistémologique

Notre recherche vise à comprendre les stratégies individuelles face à la carrière et à la vie familiale/personnelle, ainsi que les pratiques de gestion des ressources humaines qui permettent d'attirer et de retenir la main d'œuvre dans le domaine de la santé, ceci en regard de la gestion des temps de travail et des temps sociaux, et afin de compléter ou de nuancer les théories sur les carrières, auxquelles nous nous intéressons sur le plan théorique. Ainsi, pour mener à bien cette recherche nous souscrivons aux postulats de l'interprétativisme. En effet, l'objectif du chercheur interprétativiste est de développer une compréhension de la réalité sociale que vivent les acteurs, en partant du vécu de ces acteurs eux-mêmes. Ce statut donné à la compréhension repose sur la notion de «Verstehen» (comprendre) développée par Weber (1965). Afin de mettre en œuvre le processus de création de connaissances, l'interprétativiste se doit donc de développer une ligne de conduite qui inclut les attentes, les intentions et les motivations des acteurs, ce qui va avoir pour effet de faire émerger leur réalité (Perret et Séville, 2007).

Perret et Séville (2007) relèvent deux critères de validité concernant les recherches interprétativistes :

- le caractère idiographique des recherches
- la capacité d'empathie développée par le chercheur

Le caractère idiographique suppose que les phénomènes soient étudiés en situation. Le contexte (historique, temporel etc.) est alors partie prenante du phénomène. La compréhension du phénomène émane alors du contexte. L'empathie, c'est à dire l'aptitude à se mettre à la place d'autrui, de ressentir la même chose, permettra au chercheur d'atteindre les réalités telles qu'elles sont vécues par les acteurs (Perret et Séville, 2007).

Denzin (1984) propose d'opérationnaliser ces deux critères par l'intermédiaire des questions ci-dessous :

- Est-ce que l'interprétation développée par le chercheur est révélatrice de l'expérience vécue?
- Est ce qu'elle est enracinée historiquement et temporellement?
- L'interprétation proposée par le chercheur est-elle cohérente?
- L'interprétation produit-elle une compréhension de la réalité sociale étudiée?

Dans notre recherche nous avons tenté de satisfaire ces critères en étant particulièrement vigilante à l'égard des représentations des individus, de leurs pratiques, de la manière dont s'inscrit le contexte temporel, c'est-à-dire la temporalité professionnelle (temps de travail) et personnelle (temps sociaux) des individus rencontrés.

4.2 Objet de recherche, questions de recherche et méthodologie

4.2.1 Objet de la recherche

Notre recherche a pour but de répondre aux questions présentées précédemment, et de produire une étude des perceptions, des vécus, des besoins, des comportements et des pratiques développées par les travailleurs de diverses organisations en regard de la gestion de leur temps de travail et des temps sociaux, et en relation aux pratiques de gestion dans les entreprises. Nous analysons ces arrangements organisationnels et individuels dans une perspective de conciliation emploi-famille, d'engagement et de rétention de main-d'œuvre et, du point de vue théorique, en lien avec les théories des carrières.

4.2.2 Les questions de recherche

Nous avons présenté plus haut les questions de recherche qui nous sont apparues au terme de notre analyse de la théorie et tenant compte de la problématique qui nous intéresse; nous les résumons ici pour rappel :

1. Quelles sont les facteurs qui expliquent les difficultés que vivent les salariés pour concilier leur emploi et leur vie familiale-personnelle, et observe-t-on des différences selon l'âge et le genre? Quel lien peut-on établir entre ces difficultés et les possibilités de rétention de la main-d'œuvre actuelle et d'attraction d'autres personnes?

- 2. Quelles sont les pratiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre dans les organisations pour retenir la main-d'œuvre, en particulier les mesures touchant la conciliation entre vie personnelle et professionnelle (aménagement du temps de travail, horaires réduits, télétravail, etc.) ?
- 3. Comment ces pratiques de GRH peuvent-elles influer sur l'engagement (affectif, normatif, de continuité), sur la motivation, la performance, l'attraction et la rétention de main-d'œuvre?
- 4. Enfin, sur le plan théorique, est-ce que ces divers aspects n'ont pas été négligés dans les théories sur les carrières ?

En somme, pour la partie empirique de la recherche, il s'agit de comprendre les facteurs qui influent sur l'engagement, l'attraction et la rétention de la main d'œuvre en nous intéressant plus spécifiquement aux facteurs associés à la conciliation emploi-famille et aux temps sociaux. Pour cette recherche, nous avons choisi d'étudier le secteur de la santé, et nous expliquerons plus loin les particularités des sous-secteurs étudiés.

4.3 Le cadre méthodologique

> Le type de recherche

En sciences de la gestion, les méthodes qualitatives peuvent s'appuyer sur une approche inductive. Cette approche vise à construire des connaissances nouvelles à partir de situations empiriques (Miles et Huberman, 2003). C'est pourquoi de nombreux chercheurs s'orientent vers une méthode de nature qualitative recherchant la richesse que procurent les données qualitatives (explications, descriptions) et permettant ainsi de dépasser les a priori, tout en faisant évoluer le cadre conceptuel de départ (Miles et Huberman, 2003).

Ainsi nous pensons que la méthode qualitative était la plus à même de satisfaire nos objectifs de recherche. En effet, les individus ont leur propre perception des différentes mesures : conciliation emploi-famille ou conciliation vie-personnelle, et aussi leur propre perception des effets de ces mesures sur l'engagement, l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, en fonction de l'âge, du genre et de la catégorie socioprofessionnelle. De plus, les mesures de reconnaissance sont relativement peu connues et peu fréquentes dans les milieux de travail, de sorte qu'il paraissait difficile de faire une enquête quantitative sur ce thème en particulier; la méthode de l'exploration par des entretiens permet mieux d'expliquer les

questions aux répondants et d'obtenir leur réponse ensuite et de s'assurer ainsi la validité des réponses. Il nous est donc apparu pertinent d'approfondir la réflexion sur le sujet, d'où notre choix d'une méthode qualitative puisque nous cherchons à faire un lien avec les intentions de rester dans l'organisation et l'effet des mesures de conciliation, d'aménagement du temps de travail ou autres sur le parcours professionnel et la rétention future.

4.4 La stratégie de l'étude à cas multiples

Yin (1984, p.23) définit l'étude à cas multiples ou comparaison inter-site comme «une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'information multiples sont utilisées». De plus, elle est pertinente lorsque l'on veut comprendre les comment et les pourquoi des phénomènes (Yin, 1984, Eisenhardt, 1989). Ainsi, l'étude à cas multiples ou comparaison inter-site semble appropriée pour notre recherche puisque nous nous situons dans le courant interprétativiste, qui allie la perspective descriptive et compréhensive des cas étudiés.

Yin (1984) ajoute qu'habituellement, le chercheur doit recourir à plusieurs sources de données afin de faire en sorte que l'analyse soit couverte sous plusieurs aspects : documents, archives, entrevues, observation participante etc. En effet, de cette manière il est possible de trianguler les différentes données pour s'assurer de la validité des résultats (Merriam, 1988). Nous développerons ce point un peu plus bas.

L'étude à cas multiples est donc une technique qui permet d'utiliser une méthode inductive, soit un jeu d'itérations entre la réalité et la théorie, afin de formaliser ou d'enrichir un modèle théorique. Ainsi, dans notre recherche, au-delà de l'apport descriptif, nous tenterons d'enrichir ou de nuancer les modèles théoriques ayant trait aux carrières.

4.5. L'unité d'analyse

Dans notre recherche, nous avons identifié deux unités d'analyse, l'organisation et les individus qui la composent. Nous allons aborder les études de cas en utilisant ces deux unités,

ce qui nous permettra de nous renseigner sur ce que propose l'organisation d'une part, et ce qu'en pensent les individus ainsi que leurs aspirations d'autre part.

> Les répondants

Nos participants ont été choisis à partir de la méthode de l'échantillon de convenance, à partir d'une collaboration avec certains milieux de travail dans le cadre de l'Alliance de recherche sur la gestion des âges et des temps sociaux (ARUC-GATS), mais aussi à partir de la méthode de la « boule de neige », c'est-à-dire la référence d'une personne à l'autre. Nous avions envisagé une sélection plus rigoureuse dans des établissements ciblés, mais nous avons eu énormément de difficulté à obtenir la collaboration de personnels très occupés dans le secteur de la santé, comme ce fut le cas pour d'autres chercheurs (Tremblay et Larivière, 2010).

Nous avons donc fonctionné à partir d'une sélection d'organisations dans le secteur de la santé (hôpitaux, CSSS, CLSC, Centre de Réadaptation, entreprise ambulancière), secteur dans lequel une pénurie de main d'œuvre est d'ores et déjà présente et qui devrait s'intensifier, d'où l'intérêt pour l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, mais aussi d'où les difficultés de recrutement de participants.

Au niveau des employés, nous avons rencontré trois catégories différentes de personnel de la santé soit : la catégorie des paramédics, celle des infirmières ainsi que celle des professionnels de la santé (ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésiologues, psychologues). Nous avons également rencontré quelques directeurs de ressources humaines et représentants des syndicats dans certains établissements afin de mieux comprendre le contexte. Notre intérêt se porte sur les établissements qui emploient les différentes catégories socioprofessionnelles susmentionnées puisque la pénurie de main d'œuvre y est d'ores et déjà présente et devrait s'intensifier, d'où un plus grand intérêt présumé dans ces milieux pour le thème de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre.

Dans la plupart des cas, c'est lors de nos rencontres avec un comité formé du directeur général, du directeur des ressources humaines et d'un représentant syndical que le processus de recrutement des répondants s'est effectué. Le choix des répondants représente donc un des biais de notre recherche. Toutefois afin de restreindre ce biais, nous avons demandé au

comité de respecter nos critères socio démographiques à savoir : le genre, l'âge, enfant à charge ou non, ainsi que nos critères de profession, c'est à dire infirmière, paramédic, professionnel de santé. Nous expliquerons plus loin dans ce chapitre la manière dont nous avons procédé pour effectuer la cueillette des données.

Pour répondre à nos questions de recherche évoquées plus haut (qui se traduisent en questions plus détaillées dans le guide d'entretien – voir en annexe 4 et 5), à savoir l'impact des pratiques de gestion des ressources humaines et de conciliation travail-famille sur l'engagement au travail, la rétention et l'attraction de la main d'œuvre, nous avons rencontré dans ces organisations des personnels de catégories professionnelles, d'âges et de genres différents.

Nous présentons maintenant le portrait des répondants rencontrés, par groupe professionnel.

Tableau 2. Portrait des répondants en nombre et par groupe professionnel

Groupes professionnels	Date et lieu des entrevues	Type de questionnaire	Nombre de répondants	
INFIRMIÈRES	De novembre 2010 à avril 2011. Onze entrevues effectuées par téléphone. Les autres ont été effectuées dans les établissements.	Grille d'entretien composée d'une partie qualitative et quantitative.	18	
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	De janvier à février 2011. IDEM Entrevues effectuées aux Centres de Réadaptation		12	
PARAMÉDICS Entrevues Retour numérique (partie quantitative seulement)	Novembre 2010. Entrevues effectuées dans l'entreprise. Décembre 2010	IDEM Seule la partie quantitative du questionnaire a été envoyée.	15 60	
Total : Entrevues qualitatives Retours numériques			45 60	

Tableau 3. Portrait en nombre de DRH et de représentants syndicaux par groupe professionnel

Groupes professionnels	Date et lieu des entrevues	Type de questionnaire	DRH	Syndicat
INFIRMIÈRES :	De novembre 2010 à avril 2011.Une entrevue effectuée par téléphone.	Grille d'entretien composée d'une partie qualitative et quantitative, reprenant les mêmes thématiques que pour les employés mais administrée de façon plus ouverte.	itative et enant les 2 s que pour mais	
PROFESSIONNELS DE SANTÉ	De janvier à février 2011. Entrevues effectuées aux Centres de Réadaptation.	IDEM	2	2
PARAMÉDICS	17 novembre 2010 : Deux entrevues effectuées dans l'entreprise.	IDEM	1	1
Total			5	4

4.6. Les sources de données

Afin de s'assurer d'avoir bien couvert son objet de recherche, le chercheur doit faire appel à une diversité de sources d'information (Yin, 1984). Ainsi, nos données ont été collectées à partir de différentes sources en lien avec le secteur de la santé :

- ✓ Entrevues individuelles de type non-directif mitigé.
- ✓ Documents, rapports et sondages, remis par les établissements auprès desquels nous avons effectué la recherche.
- ✓ Rapports OCDE- Enquêtes menées par Statistiques Canada et par l'Institut de la Statistique du Québec sur le secteur de la santé en général.

- ✓ Recherches et rapports du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- ✓ Articles de presse en lien avec notre problématique.
- ✓ Autres recherches, sur les mesures de conciliation et de fin de carrière (principalement pour la conception des guides d'entretien et questionnaires).

Toutes ces sources de données permettent d'effectuer une triangulation de l'information, et la multiplicité des sources dans une même organisation le permettra aussi pour les aspects qui concernent la gestion des ressources humaines et l'organisation des soins de santé.

Dans un premier temps nous avons décortiqué la documentation de l'organisation, celle du Ministère de la Santé et des Services Sociaux afin de bien comprendre le contexte (comme nous l'avons vu au chapitre 2). Dans un second temps nous avons examiné les statistiques, les articles scientifiques inhérents à notre problématique ainsi que les articles de presse. Puis, nous avons construit les guides d'entretien et questionnaires à partir de nos questions de recherche, mais aussi d'autres recherches menées sur le sujet (Tremblay, 2008). Tout ce travail a permis de faciliter l'analyse des entretiens et a aussi fait surgir de nouvelles thématiques.

4.7 La procédure de cueillette des données

Afin de pouvoir pénétrer dans les organisations, nous avons pris contact avec les Directeurs des Ressources Humaines des organisations pressenties et les syndicats représentant nos catégories professionnelles, et ce, par l'envoi d'une proposition de recherche ciblée dans laquelle nous avons mis en relief l'intérêt pour l'organisation à accepter notre recherche⁶. Si dans un délai de huit jours nous n'obtenions pas de réponse, nous les relancions par téléphone, le but étant d'obtenir un rendez-vous afin de présenter la recherche de vive voix et de répondre aux questions de nos interlocuteurs. Ainsi, plusieurs établissements de santé nous ont conviée à venir présenter notre projet auprès d'un comité composé du Directeur général, du Directeur des Ressources Humaines et d'un représentant syndical. Après acceptation du projet de leur part, d'un commun accord, nous avons établi un calendrier des rendez-vous pour effectuer les entrevues. Nos entrevues se sont déroulées généralement dans les murs de l'organisation, parfois sur rendez-vous téléphonique. A l'intérieur des établissements, les

⁶ Voir un exemple en annexe 1.

organisations nous avaient parfois réservé une petite salle fermée (aux fins d'assurer la confidentialité).

Comme nous le disions un peu plus haut, nous avons également mené douze entrevues téléphoniques, en raison de la distance et des contraintes de temps qui nous incombaient (long processus quant à la recherche d'un nouvel établissement, nouvelle demande d'éthique liée à l'établissement, etc.).

Tout comme les entrevues en face à face, les entrevues téléphoniques possèdent plusieurs avantages. En effet, selon Opdenekker (2006) les entrevues téléphoniques permettent facilement de joindre un répondant même s'il est éloigné géographiquement, de le contacter à son domicile, ce qui est plus facile par exemple pour les mères qui ont des enfants et qui ne peuvent pas se libérer autrement. De plus, les entrevues téléphoniques tout comme celles en face à face, favorisent la possibilité de clarifier certaines incompréhensions. Ainsi, dans le but de recruter d'autres participants, nous avons demandé l'autorisation à un responsable d'un autre établissement de santé d'afficher une annonce décrivant notre recherche et nous avons également relancé certains de nos répondants. Les personnes intéressées ont pris directement contact avec nous et après leur avoir expliqué notre démarche, nous avons convenu d'un rendez-vous téléphonique pour effectuer l'entrevue. En effet, contrairement aux autres entrevues, ces entrevues devaient se dérouler en dehors des horaires de travail. Vu le manque de temps personnel dont disposaient ces répondantes (12/18 infirmières) elles ont préféré que les entrevues se passent par téléphone en soirée ou le week-end alors qu'elles étaient à leur domicile. La stratégie du bouche à oreille mise en place par le biais de ces personnes a permis de compléter le nombre de nos entrevues. Tout ceci démontre bien l'intérêt pour la problématique de la part des infirmières.

4.8. Le guide d'entrevue

Pour mener à bien notre recherche, nous avons bâti deux guides d'entrevue, l'un s'adressant aux employés et l'autre concernant les DRH ainsi que les syndicats. Ces deux outils reprennent l'ensemble des thèmes permettant de répondre à nos questions de recherche. Il a été élaboré à partir des travaux existants sur la conciliation travail-famille, les fins de parcours et la retraite, les carrières, etc. Le guide d'entrevue concernant les employés est composé d'une partie qualitative prédominante mais aussi d'une petite partie quantitative qui

nous permet de compléter nos résultats en obtenant des informations précises sur les mesures qui intéressent ou non les employés Le guide est structuré en thèmes et sous thèmes, qui nous ont servi de base à l'analyse des réponses obtenues en entrevue. Les grands thèmes de ce dernier qui concernent autant les perceptions des employés que celles des DRH et des syndicats portaient sur :

- 1. Le portrait de l'établissement.
- 2. Les études effectuées par le participant.
- 3. Les conditions de travail.
- 4. Le parcours au travail.
- 5. La carrière.
- 6. La retraite.
- 7. La conciliation travail-famille et vie personnelle et les services aux salariés.

4.9. Le déroulement et le type d'entrevues

Pour nous assurer de la bonne compréhension de notre grille d'entrevue, nous avons réalisé un pré-test auprès d'une dizaine de professionnels afin d'en assurer la fiabilité et de faire les petits ajustements nécessaires. (Voir annexe 4 pour la grille à l'intention des employés et annexe 5 pour les DRH).

En ce qui concerne les employés, nous avons mené des entrevues non-directives mitigées (Daunay, 1992). Selon Daunay (1992, p. 276) «A certains moments, une même entrevue peut devenir hautement structurée pour accueillir des renseignements très précis et à d'autres, elle peut être totalement non directive pour explorer des états effectifs, des valeurs etc.» En ce qui concerne les DRH et les syndicats nous avons opté pour des entrevues non directives sous forme de «parlez-moi de...» (Daunay, 1992). En effet, ce type d'entrevue permet de reconnaître la compétence de l'interviewé sur le sujet proposé. Selon Daunay (1992, p. 277) avec ce type d'entrevue «le chercheur juge le sujet plus en mesure que toute autre personne de mettre au jour les données importantes requises : les faits, les idées, les opinions, les états affectifs, etc. En ce sens il partage sa tâche d'investigation avec l'interviewé(e) et il lui en confie une large partie».

La conduite d'une entrevue répond à quelques principes, nous dit Wacheux (1996). En effet, dès les premières minutes de l'entretien nous avons expliqué l'objet de notre recherche, les thèmes et sous-thèmes que nous allions aborder ensemble, la confidentialité des propos énoncés, la possibilité de ne pas répondre à une question et d'arrêter si le besoin s'en faisait sentir (voir annexe 3 pour les documents d'éthique). Tous les répondants nous ont permis d'enregistrer les entrevues dans leur intégralité, y compris ceux joints par téléphone.

De plus, nous leur avons précisé quelles personnes (seulement moi et ma directrice de thèse) auraient accès aux informations recueillies. Au terme de ce début de contact, nous avons recueilli leurs réactions et avons répondu à leurs questions. Cela a permis de rassurer les répondants et d'obtenir une bonne collaboration. Après nos explications et après avoir remis et fait signer le formulaire de consentement, l'entrevue a pu commencer.

Tout au long de l'entrevue, nous avons fait appel au système de relance ou de reformulation pour nous assurer de la bonne compréhension de part et d'autre. A la fin des entrevues nous avons questionné les répondants pour savoir s'ils souhaitaient ajouter autre chose sur des thèmes qui n'auraient pas été abordés. Puis nous les avons remerciés. La durée moyenne des entrevues s'est élevée à environ une heure, ces dernières se sont déroulées sur la période de novembre 2010 à mars 2011 (nous préciserons les dates pour chaque groupe dans les chapitres pertinents).

Passons maintenant aux aspects méthodologiques de l'analyse et de l'interprétation de nos données.

4.10. L'analyse et l'interprétation des données

L'analyse des données exige beaucoup de rigueur et de discipline de la part du chercheur. Ainsi pour atteindre ces exigences, nous avons suivi les trois étapes d'analyse des données qualitatives telles que décrites par Miles et Huberman (2003) : la réduction des données, la condensation et la présentation des données. Ces différentes phases sont décrites ci-après.

Suite aux entrevues menées nous avons effectué la retranscription intégrale des entrevues en prenant soin d'inscrire nos interventions (reformulation, interrogation), en notant les onomatopées (ah, hum, ouf etc.) ou les mots répétés (oui oui...) ainsi que les hésitations (heu) et les rires. Ainsi au moment de la rédaction du verbatim, l'ensemble de ces éléments

permet de se replonger dans l'ambiance du contexte vécu. Après la transcription, la phase suivante est celle de l'analyse des données.

Allard-Poesi et al. (2007) affirment que toutes communications verbales ou tous types d'écrits peuvent faire l'objet d'une analyse de contenu. Bardin (2001) distingue deux analyses de contenu qui portent sur deux unités d'analyse, à savoir : les analyses lexicales et les analyses thématiques. Alors que le «mot» constitue souvent l'unité d'analyse en ce qui concerne les analyses lexicales, les analyses thématiques s'appuient sur des unités d'analyse telles : «une portion de phrase, une phrase entière, ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème. Ce dernier type d'analyse est le plus fréquent dans les études sur les organisations» (Allard-Poesi et al. 2007, p. 503). En ce qui concerne notre recherche, nous avons choisi d'analyser nos données à partir d'une analyse de contenu thématique. Pour ce faire, nous avons procédé à plusieurs lectures approfondies de chaque entrevue, nous avons annoté chaque entrevue afin de pouvoir facilement repérer par la suite les citations ou extraits que nous souhaitions utiliser textuellement dans la thèse, à l'appui de certaines observations. Nous avons procédé de même pour ce qui est de nos autres documents, à savoir analyse par résumé pour les documents les plus importants.

Puis nous avons découpé le contenu de chaque entrevue en unités d'analyse c'est-à-dire en groupes de mots, de phrases et en groupes de phrases. Nous avons classé ces unités d'analyse dans des catégories définies en fonction de l'objet de recherche. Une catégorie est «une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche», selon Paillé et Mucchielli (2003, p. 147). Ainsi, nous avons réparti les unités de sens selon nos thèmes et sous thèmes en lien avec notre guide d'entrevue mais nos catégories reposent aussi sur la littérature scientifique en rapport avec notre objet de recherche. Comme le souligne Bardin (2001), la lecture d'un corpus est guidée par la problématique, les questions de recherche et les objectifs de l'étude. Gavard-Perret et al. (2008, p.261) ajoutent que «l'analyse thématique peut être faite à priori, à partir des thèmes préalablement déterminés et qui ont par exemple donné lieu aux rubriques du guide d'entretien, soit reposer sur la lecture et l'analyse du corpus et "émerger" de cette façon.». Bien que nous ayons eu un guide d'entretien qui contenait un certain nombre de thèmes déjà définis, nous avons laissé de l'espace pour faire apparaître de nouveaux thèmes.

Ainsi, l'analyse descriptive entrevue par entrevue a permis de révéler les caractéristiques et les logiques de chaque répondant. Le codage et les catégories nous ont permis de procéder à une comparaison méthodique des entrevues entre elles (par catégorie professionnelle, par âge et par genre) en lien avec notre problématique. De la même manière, nous avons fait les liens avec la documentation remise par les établissements, celle du Ministère de la santé ainsi que les différents articles de presse trouvés sur le Web, afin d'assurer la fiabilité des données.

Au terme de ce travail d'analyse et d'interprétation des données, nous avons obtenu un portrait des perceptions de la situation des personnels de santé. Ces perceptions nous ont permis de comprendre si les mesures de conciliation travail- famille ou travail-vie personnelle et de fin de carrière ont des effets sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, selon l'âge, le genre et la catégorie professionnelle. De plus, les attentes et les besoins en lien avec ces mesures ont également émergé.

Comme nous l'indiquions en début de chapitre, lors de l'entrevue nous avons également administré quelques questions fermées sous forme de tableau qui reprenaient nos grands thèmes (conciliation, fin de carrière, services aux salariés). Le but de cette démarche consistant simplement à compléter nos données qualitatives par des éléments quantitatifs plus précis

A l'aide d'un tableau comprenant différentes mesures d'aménagement ou de réduction du temps de travail, nous interrogions les répondants à savoir par exemple si telle ou telle mesure était «très intéressante», «assez intéressante», «neutre», «pas intéressante» ou «pas du tout intéressante» pour eux (voir la fin de la grille d'entretien à l'annexe 4). Nous avons fusionné les réponses des deux degrés d'intéressement c'est à dire «très intéressant et assez intéressant», de même pour les réponses inhérentes à «pas intéressant et pas du tout intéressant». Nous avons ensuite ventilé les réponses des répondants selon le genre, l'âge et la catégorie professionnelle et pour finir nous les avons comptabilisées en additionnant les résultats. Ceci a permis de classer les réponses numériques obtenues sous deux étiquettes soit, très ou assez intéressant et pas du tout ou pas intéressant afin de compléter nos données qualitatives.

4.11 Validité et fiabilité de la recherche

Dans cette dernière partie, nous voulons ajouter quelques éléments sur la scientificité des méthodes de recherche qualitative. En effet la question de la subjectivité du chercheur a souvent été posée en ce qui concerne la validité et l'interprétation de l'analyse. Ainsi, Miles et Huberman (2003) soulignent que malgré ce biais de subjectivité, il existe certaines techniques qui permettent d'augmenter la validité et la fiabilité des recherches qualitatives, et nous avons donc voulu nous pencher sur cette question afin d'améliorer le traitement de nos données.

4.11.1 La validité du construit

Se poser la question du construit dans les recherches en management s'est se pencher sur le processus d'opérationnalisation. Ce concept est réduit à une série de variables d'opérationnalisation ou de mesures. C'est ce concept de construit que l'on appelle opérationnalisation. Selon Drucker-Godard et al. (2007, p. 266), «la validité du construit ne s'attache pas au processus de construction de l'objet de la recherche mais au processus d'opérationnalisation de l'objet de recherche». Dans notre recherche il s'agissait de créer des outils afin de comparer les perceptions des personnels de santé quant aux effets des mesures de conciliation travail-famille et vie personnelle et de fin de carrière sur l'attraction et la rétention. Les variables utilisées ont été le genre, l'âge et les différentes catégories de Ces variables sont primordiales si nous voulons pouvoir différencier selon les groupes les intérêts et les attentes des répondants pour les mesures de conciliation travailfamille et vie personnelle, ainsi que pour les mesures de fin de carrière. Les différentes catégories professionnelles le sont tout autant, puisque d'une part, elles ne sont pas toutes confrontées au même degré par la pénurie de main d'œuvre et d'autre part, certains établissements de santé sont plus créatifs dans la proposition d'incitatifs à demeurer en emploi.

4.11.2 La validité interne

La validité interne renvoie à la crédibilité et à l'authenticité interne des résultats générés (Miles et Huberman, 2003). Cela implique que le chercheur doit se demander si ses

observations sont bien représentatives de la réalité. La recherche qualitative facilite cette tâche puisque le chercheur est en interaction avec le sujet sur une période de temps étendue. Ainsi il peut réévaluer son interprétation.

Le chercheur interprétativiste peut être confronté à plusieurs sources d'influence tout au long de sa recherche : interactions avec les répondants, traitement des données en fonction de l'objet de recherche, influence dans l'attribution du sens que le chercheur donne à ses données (littérature sur le sujet, création de catégories, etc.). Ainsi pour réduire le biais lié à la subjectivité du chercheur, les interprétativistes peuvent procéder à de fréquents retours au récit afin d'atteindre la neutralité et de s'assurer que les résultats obtenus soient bien le reflet de leurs données. Cependant il est difficile d'éviter ces biais et nous avons fait de notre mieux pour les restreindre.

Glaser et Strauss (1967) soulignent que la validité interne peut aussi être obtenue en faisant le choix volontaire de rencontrer des situations variées. Nous avons tenu compte de ce conseil puisque nous avons souhaité rencontrer une diversité d'établissements de santé ainsi que des catégories professionnelles différentes et des individus de genres et d'âges différents, ayant des enfants ou non.

La technique de la triangulation des sources et des méthodes permet également l'amélioration de la validation interne (Yin, 1984). Nos données (qualitatives et quantitatives) ont été croisées et nous avons pu confronter les affirmations des directeurs, des responsables syndicaux et des employés sur certaines questions liées aux stratégies organisationnelles et mesures offertes dans les établissements, par exemple.

La validité interne peut également s'exercer jusqu'au moment de saturation du terrain, c'està-dire jusqu'à ce que les données recueillies n'apportent plus de nouvelles informations (Yin, 1984). Pour notre part les données recueillies pouvaient être parfois redondantes et nous pensons être arrivée à saturation pour chacun des terrains (différents établissements).

4.11.3 Validité externe ou transférabilité

Évoquer la notion de validité externe ou de transférabilité, c'est se questionner sur la possibilité d'étendre ses résultats à une population plus large. Selon Lincoln & Guba (1985) et Deslauriers (1991) la généralisation des résultats de recherches qualitatives est difficile voire impossible pour deux raisons : l'échantillon devrait être statistiquement représentatif et le contexte social devrait demeurer stable, ce qui est rarement le cas dans une recherche qualitative. D'autres auteurs évoquent le concept de transférabilité lorsque les résultats obtenus peuvent s'étendre à d'autres milieux (Pourtois et Desmet, 1997), et nous pouvons penser que certains éléments observés dans un établissement de santé peuvent s'apparenter à ce que l'on aurait pu observer dans d'autres.

Une augmentation de la validité externe peut être obtenue par une description minutieuse de la population étudiée (acteurs, terrain etc.) car elle permet une comparaison appropriée des résultats (Boudreau et Arseneault, 1994).

La transférabilité de notre recherche n'est évidemment pas assurée à 100 % mais étant donné le nombre de personnes rencontrées, dans une diversité de milieux, nous pensons qu'elle représente assez bien les réalités et les perceptions des personnels de santé quant aux effets des mesures d'attraction et de rétention de la main d'œuvre offertes par l'employeur.

L'utilité de la recherche semble également améliorer la validité de la recherche. Dans notre cas, les établissements auprès desquels nous avons mené notre recherche ont affirmé être intéressés par les résultats et nous ont invitée à présenter nos résultats à la fin de la recherche (certaines présentations partielles ont d'ailleurs déjà été faites).

4.11.4 La fiabilité

La dimension de réplication de la fiabilité d'une recherche renvoie au fait de pouvoir répéter les différentes opérations en obtenant les mêmes résultats par des chercheurs différents et/ou à des moments différents (Drucker-Godard et al. 2007). Il est également possible de mesurer la fiabilité à plusieurs niveaux, celui de l'entrevue, de l'instrument de mesure et des résultats.

4.11.5 La fiabilité de l'entrevue

En ce qui concerne la fiabilité des entrevues, nous avons posé nos questions de la même manière à tous nos répondants pour éviter toute ambiguïté lors du codage. Le pré-test du guide auprès de plusieurs répondants a été très utile car il nous a permis de nous entrainer et de rectifier certaines incompréhensions.

4.11.6 La fiabilité de l'instrument de mesure

Pour être fiable le guide d'entrevue doit permettre à des chercheurs différents d'obtenir des mesures convergentes sur le même objet. Outre le fait que nous ayons fait des pré-tests pour ce guide précis, une partie des questions ont aussi été utilisées sur un autre terrain de recherche et ont bien fonctionné, ce qui semble confirmer la fiabilité, puisque des résultats semblables ont été obtenus.

4.11.7 La fiabilité des résultats

La fiabilité des résultats cherche à démontrer que les opérations de la recherche pourraient être répétées par un autre chercheur avec les mêmes résultats et/ou à des moments différents (Drucker-Godard et al. 2007). En outre l'honnêteté, la bonne foi et l'autodiscipline du chercheur sont tout aussi importantes pour apprécier la fiabilité d'une recherche. Les résultats de la recherche sont jugés en fonction du degré de fiabilité de la recherche (Miles et Huberman, 2003), d'où son importance, et nous avons accordé beaucoup d'attention à cet aspect.

4.12 Les considérations éthiques

Dans la recherche menée avec des humains, le respect des normes éthiques applicables est nécessaire. C'est pourquoi préalablement au démarrage de notre recherche sur le terrain, nous avons déposé un dossier de demande de certificat d'éthique auprès de la Téluq Uqam (certificat d'éthique reconnu également par l'Uqam). En outre, des établissements de santé nous ont demandé de déposer une demande de certificat d'éthique auprès de leur comité

d'éthique (Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, CRIR). Pour des raisons de confidentialité, nous ne joignons en annexe 9 que le certificat d'éthique de la Téluq, afin de ne pas dévoiler le nom des autres organisations, tel qu'entendu avec eux.

Avant chaque entrevue individuelle un formulaire de consentement approuvé par les comités d'éthique susmentionnés a été remis au répondant et signé par les deux parties. De plus, nous leur avons remis un résumé de notre recherche.

Nous avons également discuté avec eux des procédures mises en place pour assurer leur anonymat, du caractère confidentiel des données et des lieux de conservation de ces dernières, ainsi que de la possibilité de contacter une personne de la Téluq, si jamais il y avait problème. Toutes ces informations sont contenues sur une feuille que nous remettons aux participants (voir en annexe 2). Nous avons vérifié que les participants étaient libres de participer ou non au projet et de s'exprimer sur le sujet, et la confidentialité des propos était garantie.

Ayant exposé notre méthodologie de recherche, ainsi que les éléments de réflexion qui y étaient associés et qui ont justifié nos choix, nous passons à la présentation des résultats. Nous verrons successivement les résultats pour chacun des groupes professionnels, en commençant par les infirmières puis les professionnels de santé et, enfin nous terminons avec les paramédics.

CHAPITRE V

RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES INFIRMIÈRES

Introduction

En nous appuyant sur les perceptions de plusieurs groupes professionnels, à savoir les infirmières, les professionnels de réadaptation et les paramédics, nous tentons de comprendre de quelle manière la prise en compte de la conciliation travail-famille peut être un soutien à la carrière des individus. Pour ce faire, dans une première section nous décrivons le milieu professionnel, en commençant par les infirmières, dans une seconde section nous dressons le portrait des répondants, dans une troisième section nous examinons la manière dont les répondants sont entrés dans le milieu professionnel. Les sections suivantes ont été travaillées en lien avec nos questions de recherche. Ainsi dans une quatrième section nous mettons en relief les facteurs qui expliquent les difficultés que vivent les répondants pour concilier leur emploi et leur vie familiale. Nous examinons également à quel moment du parcours de vie ces difficultés se présentent et s'il y a des différences selon l'âge et le genre. Dans une cinquième section nous identifions les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail offertes aux répondants ainsi que leurs préférences concernant ces mesures selon les variables de genre et d'âge. La sixième section nous permet de mettre à jour les stratégies de contournement mises en œuvre par les répondants pour répondre à leurs besoins et leurs attentes et comment ces stratégies influent sur l'engagement, la motivation et la rétention de la main d'œuvre. La septième section présente un certain nombre de mesures que nous avons proposées aux répondants dans le but de connaître le type de mesures qui les intéresse le plus. Puis nous examinons les effets des pratiques sur la satisfaction, la motivation, l'engagement, la rétention. Pour finir, dans une huitième section nous mettons en évidence l'importance des facteurs et des parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières.

Ce chapitre concerne le groupe des infirmières, qui est suivi du chapitre des professionnels de réadaptation physique, puis de celui des paramédics. Dans le chapitre suivant nous présentons les perceptions des DRH et des syndicats des divers établissements en lien avec la conciliation travail-famille et les fins de carrière, ainsi que le soutien organisationnel de l'employeur. Leurs perceptions nous ont été utiles pour mieux appréhender les contextes de

travail. Nous terminons par une discussion en comparant les perceptions des personnels représentant les trois catégories professionnelles examinées (infirmières, professionnels de santé et paramédics).

5.1. Description du milieu professionnel

Concernant la catégorie des infirmières, nous avons mené nos entrevues dans divers établissements de santé tels les CSSS, CLSC, hôpital francophone et anglophone. Dans ces établissements, hormis les DRH et les représentants syndicaux, nous avons interviewé deux infirmières praticiennes (maitrise en sciences infirmières) qui sont affectées à des postes d'infirmière chef et de chef de programme, douze infirmières cliniciennes (BAC en sciences infirmières) dont deux occupent un poste de conseillère cadre et trois un poste de gestionnaire, et quatre infirmières techniciennes qui ne font que de la technique infirmière, hormis l'une d'entre elles, qui est chef de programme cadre.

Notons que pour assurer la confidentialité des répondants mais, bien sûr aussi dans l'objectif d'assurer la comparaison entre les groupes d'âge, nous avons réparti les répondants en deux tranches d'âge, celle des 20-44 ans et celle des 45-60 ans et plus. Ce type de répartition nous permet de recouvrir l'amplitude de la diversité des âges ainsi que celle du genre, dans le but de mettre en lumière les préférences et les attentes des plus jeunes et des plus âgés aux prises avec la problématique de la conciliation emploi-famille/vie personnelle et celle des fins de carrière tout au long de leur parcours de vie. Nous précisons tout de même que la moyenne d'âge des infirmières s'élève à 49 ans.

Nous présentons, ci-dessous, notre calendrier des entrevues, par établissement, effectuées auprès des infirmières.

Tableau 1. Calendrier des entrevues par établissement

Établissement	Date, lieu, et nombre d'entrevues
CSSS:	Octobre et novembre 2010 :
5 infirmières dont 1 infirmière chef, 1 infirmière chef de programme cadre et 2 infirmières conseillères	2 entrevues effectuées au CSSS et 3 effectuées par téléphone
CLSC:	Octobre 2010 :
4 infirmières dont 2 gestionnaires	3 entrevues effectuées au CLSC et 1 effectuée par téléphone.
Hôpital francophone :	Mars 2011 :
4 infirmières dont 1 gestionnaire	lentrevue effectuée en hôpital et 3 entrevues effectuées par téléphone
Hôpital anglophone:	Mars 2011 :
5 infirmières	5 entrevues effectuées par téléphone

5.1.1 Les fonctions d'infirmières

Alors que de manière générale l'exercice de la profession d'infirmière consiste à évaluer l'état de santé et à prodiguer les soins dans le but de maintenir la santé des patients, la fonction des infirmières cadres relève de la gestion, avec une rationalisation de la présence de ces dernières auprès des patients. Ainsi les premières travaillent dans divers secteurs (cardiologie, neurologie, psychiatrie, obstétrique, soutien à domicile) et les secondes ont fait le choix de travailler dans la gestion. Nous présentons, ci-dessous, des citations en lien avec les fonctions d'infirmières cadres.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Je suis à la direction des soins infirmiers, je suis conseillère cadre. Je peux être appelée comme consultante dans n'importe quel secteur, hébergement, moins appelée comme infirmière scolaire en enfance jeunesse..., oui, plus en hébergement et en gériatrie.»

CSSS, femme, 20-44 ans, 3 enfants: «J'ai un poste de cadre chef de programme par intérim, c'est-à-dire que je travaille sur les implantations de programmes, les saisies au niveau des employés, congés, rencontres etc. Depuis 2 ans, je ne suis plus auprès des patients.»

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Je suis gestionnaire de cas, je travaille dans l'unité du soutien à domicile. Je suis responsable de ma liste de patients et j'ai sous ma responsabilité, des auxiliaires familiaux qui prodiguent des soins à domicile, ils font de l'assistance sociale, des adaptations du domicile pour les handicapés ou les personnes âgées. Je suis un peu responsable de ce qu'ils font, mais ce n'est pas une responsabilité fonctionnelle, sauf si on reçoit des plaines des patients, des familles.»

5.1.2 La formation des répondants

Au Québec, plusieurs programmes sont disponibles pour accéder à la formation d'infirmière. La formation de trois ans au CEGEP, Collège d'Enseignement Général et Professionnel, permet d'obtenir le diplôme d'infirmière technicienne (DEC) qui, si elle est suivie de deux années à l'université permet d'acquérir le diplôme d'infirmière clinicienne, ce qui équivaut à un BAC en sciences infirmières. Il faut noter que pour exercer en tant qu'infirmière, le baccalauréat pourrait devenir obligatoire dès septembre 2014 (Daoust-Boisvert, 2012). Sont également offèrts un diplôme de maîtrise et de doctorat en sciences infirmières. De plus, pour exercer les infirmières doivent avoir passé et réussi leur examen professionnel, et obtenu leur permis d'exercer de l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec.

Ci-dessous, nous présentons les diplômes qui permettent l'exercice de la profession d'infirmière à nos répondants.

Tableau 2. Formation des infirmières

Formation en soins infirmiers	Femmes		Hommes		
	20-44 ans	45-60 ans et plus	20-44 ans	45-60 ans et plus	
BAC en soins infirmiers	17	88	1	2	
DEC en soins infirmiers	29	1		1	
Maîtrise en sciences infirmiers	1	1			
Formation en gestion					
Certificat en administration publique	1	2			

Nous voyons ici, que la majorité des femmes (9/12), tous âges confondus, ont un Bacc en soins infirmiers et 8/12 femmes se trouvent dans la tranche d'âge de 45-60 ans et plus. Le seul jeune homme possède également un Bacc. Du côté des hommes plus âgés (2/3) possèdent également un Bacc. Nous constatons également que concernant les jeunes femmes, 1/4 possède une maîtrise en sciences infirmières, de même concernant une femme plus âgée (1/10). Deux femmes (2/10) de 45-60 ans et plus, ont un certificat en administration publique, de même pour une jeune femme. Et pour finir, une jeune femme a démarré une maîtrise en sciences infirmières (1/4).

La majorité des répondants est donc fortement scolarisée avec une prédominance d'infirmières possédant un Bacc. Tous les répondants possédant un Bacc, disent l'avoir fait pour obtenir un poste moins contraignant au niveau des horaires de travail et plus permanent. Selon que l'on ait obtenu un Bacc ou un DEC, le travail d'infirmière ne semble pas être différent, la différence étant visible au niveau du salaire. Voyons deux citations sur le sujet :

HA¹⁰, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Le Bacc ça a pris beaucoup de temps, mais je l'ai fait pour avoir plus de connaissances dans mon travail et améliorer ma situation... pour avoir un emploi plus permanent et me donner quelque chose de plus satisfaisant comme un travail dans la journée, sans fins de semaine et avec un meilleur salaire aussi... mon Bacc m'a donné la possibilité de choisir.»

¹⁰ HA = Hôpital anglophone

⁷ Dont une répondante ayant démarré sa maîtrise en soins infirmiers

⁸ Dont une répondante qui possède aussi un programme court en administration publique

⁹ Dont une répondante possédant aussi 1 certificat en gestion

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Il n'y a pas de différence entre quelqu'un qui a le Bacc ou le DEC quand on débute, on fait les mêmes choses, par contre au niveau salarial ça change; on commence au cinquième échelon et une infirmière avec un DEC au premier échelon, avec le Bacc on a la possibilité d'être infirmière chef, d'avoir une amélioration de nos conditions.»

5.2 Portrait des répondants

Comme nous l'avons observé dans les chapitres précédents les facteurs sociodémographiques ont des effets sur le maintien ou non en emploi des salariés, d'où l'importance de connaître les caractéristiques personnelles de nos répondants. Ainsi, nous nous sommes intéressées à l'âge et au genre des répondants, mais aussi aux contraintes familiales (présence ou on d'enfants, nombre et âge des enfants, à la prise en charge d'un parent aîné) et à la situation familiale (marié, divorcé, célibataire, monoparental). Ces caractéristiques permettent de les situer dans leur parcours de vie et de comprendre quels enjeux liés à la sphère familiale (couple, enfants, parents) les poussent à opérer des transitions professionnelles pour faire face aux difficultés rencontrées tout en continuant de mener leur parcours professionnel.

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les caractéristiques de nos répondants ainsi que leurs horaires de travail.

Tableau 3. Caractéristiques familiales des répondants et horaires de travail

	Nbre et Sexe	Tranche d'Âge	Situation familiale	Enfants de 12 ans et moins	Horaires de travail
CSSS	1 H	20-44 ans	Marié ¹¹ (1H)	Oui (1H)	Temps partiel ¹² , (1H)
	2 F	20-44 ans	Marié (2F)	Oui (2F)	Temps complet, 35h/semaine (2F)
	2 F	45-60 ans et plus	Mariée (2F)	Enfants adultes (2F)	Retraite progressive. 4j/semaine (1F) Temps complet, 35h/semaine (1F)
CLSC	2 H	45-60 ans et plus	Mariés (2H)	Enfants adultes (2H)	Temps complet, 35h/semaine (1H) Retraite progressive, 4j/semaine (1H)
	2 F	45-60 ans	Mariée (1F)	Enfants adultes	Retraite progressive,

¹¹ Peuvent être mariés, en couple ou conjoints de fait.

¹² Jour, nuit, 1 week-end sur 2.

1 .

		et plus	Divorcée (1F)	(2F)	4j/semaine (1F)
					Temps complet, 35h/semaine ¹³ (1F)
Hôpital francophone	2 F	20-44 ans	Mariée (1F) Monoparentale (1F)	Oui (2F)	Temps partiel, ¹⁴ 27h//Semaine (1F) Temps partiel ¹⁵ (1F)
	1 H	45-60 ans et plus	Marié	Enfants adultes	En retraite et temps partiel sur appel ¹⁶
	1F	45-60 ans et plus	Divorcée	Enfant adulte	Retraite ¹⁷ progressive. 4j/semaine
Hôpital anglophone	5F	45-60 ans et plus	Mariés (4F) Divorcée (1F)	Enfants adultes (5F)	Temps partiel, 3 j/semaine et 4j/semaine (2F) Temps complet, 35h/semaine (2F)
					En retraite et temps partie 2 j/semaine, de jour (1F)

F: Femme; H: Homme

Le tableau ci-dessus montre que quatre femmes se situent dans la tranche d'âge de 20-44 ans, de même concernant un homme. Concernant la tranche d'âge des 45-60 ans et plus, dix femmes se situent dans cette tranche d'âge, de même concernant trois hommes. Ainsi, nous avons une main d'œuvre à prédominance féminine et plutôt âgée.

Tous les répondants sont mariés, à l'exception de trois femmes âgées qui sont divorcées et une jeune femme monoparentale, tous ont des enfants et les plus jeunes ont plusieurs enfants de moins de douze ans, les plus âgés ont de grands enfants qui parfois vivent encore avec eux.

En ce qui concerne les horaires de travail, nos résultats montrent que deux femmes de 20-44 ans et quatre femmes de 45-60 ans et plus, travaillent à temps complet. Concernant les femmes de 20-44 ans ce sont deux femmes qui travaillent à temps partiel et deux femmes dans la tranche d'âge de 45-60 ans et plus. Trois femmes sont en retraite progressive de 4 jours/semaine et une femme est à la retraite et travaille à temps partiel 2 jours/semaine.

¹⁵ Travaille à temps partiel de jour, est titulaire de son poste.

⁷ Effectue 1 fin de semaine toutes les 9 semaines.

¹³ Effectue ses 35 heures sur 4 jours et comble le manque des trois heures/semaine par des heures supplémentaires.

⁴ Soir et muit

¹⁶ A pris sa retraite et continue de travailler sur appel, a le choix de dire oui ou non, lorsqu'il est appelé.

Le seul homme, situé dans la tranche de 20-44 ans, travaille à temps partiel, un homme âgé travaille à temps complet, un autre homme est en retraite progressive 4jours/semaine et pour finir un homme est à la retraite et occupe un emploi à temps partiel.

En somme, concernant les hommes comme les femmes de tous les âges, nous constatons une grande diversité de statuts d'emploi, selon l'âge et le genre. Il est clair que selon l'âge ou le genre, les personnes ont des besoins qui différent, mais il n'est pas certain que cette diversité de statuts et d'horaires leur convienne toujours et soit toujours à leur demande.

Notons également que la moyenne d'ancienneté dans la profession, pour l'ensemble des répondants, s'élève à 21,9 années ce qui est révélateur d'une certaine stabilité dans la profession.

5.3 Entrée des répondants dans le milieu professionnel

Le secteur de la santé rencontre une pénurie de main d'œuvre avérée et présente des difficultés dues à l'insatisfaction de la main d'œuvre et par la même concernant le maintien en emploi des effectifs tout au long de leur parcours professionnel. Ainsi, il nous a semblé intéressant pour l'examen des parcours professionnels, de connaître les motifs d'entrée dans la profession (vocation ou autre, influences ou non) qui peuvent avoir un impact lorsque des difficultés familiales ou personnelles se présentent sur le maintien ou non en emploi. Nous avons demandé à nos répondants de nous expliquer leur entrée dans ce milieu de travail et s'ils voyaient leur profession comme une vocation ou autrement. Voyons, ci-dessous, leurs perceptions à ce sujet.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «C'est une vocation depuis petit..., je viens d'un milieu défavorisé, j'ai toujours voulu aider les autres dans mon quartier, je ne sais pas pourquoi j'étais conscient de la misère et des difficultés, être au service des autres, je suis juste heureux dans ce que je fais.»

CLSC, femme, 45-60 ans et plus 3 enfants: «Une vocation oui, il faut aimer ça et être capable de donner... ça demande des compétences mais aussi certaines qualités en tant que personne, faut-être capable d'aller au-delà...de faire des heures supplémentaires, de s'accommoder, il n'y en a pas beaucoup qui peuvent faire ça. On s'attend à ce que l'on soit flexible, quand on est infirmière on a certains traits de caractère... on a de la misère à se mettre des limites ce qui fait qu'on donne beaucoup, mais on le fait avec cœur, oui dans ce sens là, c'est une vocation. Il y a un peu d'oubli de soi, là.»

CSSS, homme, 20-44ans, 2 enfants: «C'est une vocation, je crois ce n'est pas tout le monde qui peut faire ce métier surtout pas à l'urgence, aider les gens, être à leur écoute, être à leur service.»

HA, femme. 45-60 ans et plus, 2 enfants: «C'est une vocation parce que c'est un don de soi, on est là pour le patient et pour la famille, je dis toujours il faut traiter son patient comme si c'était un membre de notre famille.»

Le terme vocation associé au métier d'infirmière est récurrent chez la grande majorité des infirmières. La citation, ci-dessous, met en évidence la dimension humaine valorisante qui, au-delà du simple fait de se rendre au travail, joue un rôle majeur pour les infirmières dans le fait de continuer à travailler dans cette profession.

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «C'est une vocation, ce n'est pas comme aller à un travail, c'est des personnes hein, ce n'est pas des chiffres, on entend, on voit, on écoute, on côtoie la misère, des situations très difficiles. Ça donne plus que le salaire je ne viens pas juste pour gagner mes sous, c'est très valorisant d'avoir une relation d'aide, de pouvoir faire une différence, de bien accueillir le patient...c'est très valorisant.»

Une répondante préfère parler de passion plutôt que de vocation, l'autre fait la distinction entre le métier d'infirmière auquel elle associe la vocation mais concernant sont poste de gestionnaire elle parle de passion.

HF¹⁸, femme, 20-44ans, 2 enfants: «Vocation, oh, c'est un grand mot, un mot phare, il faut avoir la passion, c'est plus une passion qu'une vocation.»

CSSS, femme, 45-60 ans, 4 enfants: «Oui c'est une vocation comme infirmière, mais pas comme gestionnaire, là c'est plutôt une passion, j'aime quand même tous les défis.»

En somme, la majorité des répondants, hommes et femmes de tous les âges, parlent de leur profession comme d'une vocation caractérisée par le don de soi, l'aide à autrui. Seules une infirmière gestionnaire et une jeune infirmière parlent en termes de passion. Une répondante ajoute que c'est grâce à certaines qualités personnelles, certains traits de caractère, que la relation d'aide à autrui est possible.

10

¹⁸ Hôpital francophone

> Influences dans le choix de la profession

Bien que la majorité des infirmières affirment ne pas avoir subi d'influence dans le choix de leur profession, pour d'autres il n'en est pas de même. Cependant, premier ou second choix, il n'en demeure pas moins que les différentes professions évoquées par les répondants relèvent toujours de l'aide à autrui.

CSSS, femme, 20-44ans, 3 enfants: «Ce n'est pas un modèle familial, toute petite j'avais déjà un penchant pour les soins, la santé m'a toujours intéressée. Au départ je voulais devenir ambulancière mais ça n'a pas fonctionné et j'ai fait ça, et ça m'a plu, et je suis restée.»

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Ma tante est infirmière, mais non je n'ai pas été influencée. En fait, j'étais beaucoup malade plus jeune donc j'ai pris la décision d'être infirmière en voyant les infirmières travailler.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «C'était mon deuxième choix infirmière, c'était pour rester dans le domaine de la santé, en premier je voulais être physiothérapeute mais c'était contingenté et mes notes n'étaient pas assez fortes. J'ai choisi le domaine de la santé parce que je voulais aider les gens anxieux par rapport à leur santé, finalement je suis contente d'être infirmière.»

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants: «D'abord je voulais devenir policier mais j'ai été refusé et mon deuxième choix au CEGEP c'était infirmier, et je pense que j'ai trouvé ma voie.»

Nous venons de mettre en relief l'engagement professionnel fort des infirmières, engagement qui leur permet, malgré les difficultés rencontrées (souffrance des patients), de continuer à exercer. Cependant si ce n'est pas toujours facile de faire face à la souffrance des patients, d'autres difficultés sont également présentes. En effet, ces professionnelles ont également d'autres rôles à jouer tout au long de leur parcours de vie. Voyons donc, à présent, quelles sont les sources de ces autres difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

5.4 Les sources de difficulté en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Dans cette section nous nous appuyons sur les perceptions des répondants pour comprendre quels sont les facteurs qui expliquent les difficultés que vivent les infirmières pour concilier leur emploi et leur vie familiale/personnelle, selon le genre et l'âge. Pour ce faire il nous a

semblé pertinent d'adopter une perspective de parcours de vie puisque nous nous intéressons à l'évolution des rôles sociaux des individus tout au long de la vie (Palvako, 2000).

> Un tournant (turning point) dans le parcours de vie en lien avec les conflits de rôles entre l'emploi et la famille

Les citations ci-dessous montrent les difficultés de concilier la carrière et la famille lorsque les infirmières deviennent maman, ce qui représente pour la majorité d'entre elles un des premiers «tournant» dans leur parcours de vie.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus : «J'avais un bébé, un deuxième est arrivé pas longtemps après, mon conjoint travaillait aussi et n'était pas toujours là. J'ai trouvé ça très, très difficile d'être cadre à 28 ans mais c'était vraiment dans un but de conciliation travail-famille que j'ai voulu être cadre».

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «J'ai fait le choix de quitter les soins intensifs qui étaient plus médical c'était vraiment exigent au niveau des connaissances, il y avait beaucoup de stress, c'est parce que je voulais avoir des enfants j'en avais déjà un, et je me suis dit que finalement si je veux des enfants ça me prend un milieu plus relaxe, puis plus humain.»

CLSC, femme, 45-60 ans et plus 3 enfants: «C'est sûr que quand les enfants étaient petits je travaillais 3 jours par semaine, les 7 premières années de 85 à 92 c'était plus facile, par après, je suis tombée à 32 h00 ce n'était pas facile d'avoir trois enfants et de travailler à temps plein, c'est une double tâche, tu reviens t'es fatiguée, mais il y a les bains, les soupers, le coucher, il y avait des périodes où mon mari et moi on rentrait tard, ce n'était pas facile.»

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Je travaille 2 jours semaine sur un shift de soirée et de nuit. C'est pour ma famille que j'ai choisi un poste 1.4, ça veut dire 2 jours semaine.»

HF Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Pour ma première, j'ai pris onze mois et pour la seconde quatorze mois, on peut tirer jusqu' à deux ans, mais côté financier ce n'était pas possible, c'est pourquoi je suis revenue à temps partiel.»

De manière plus ponctuelle, un jeune homme aspire également à concilier le travail et la famille en profitant de son congé de paternité.

CSSS, homme, 20-44 ans, 3 enfants à charge: «Présentement, j'avais beaucoup d'obligations au travail, j'allais à l'école, le travail, c'était surtout la fin de la semaine que je pouvais profiter des enfants. Maintenant, c'est plus facile malgré que je travaille 5 jours par semaine parce que ma femme qui va accoucher en juin, va me donner 2 mois de congé de paternité pour profiter des enfants.»

A son époque, un répondant plus âgé a choisi de rester à la maison durant deux années, pour s'occuper de ses jeunes enfants.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Au début de ma carrière je m'en allais vers un certain projet ... et certains évènements dans ma vie ont fait..., on a eu des enfants et c'est moi qui restait à la maison en 83 et 86, je ne regrette tellement pas.»

Avec l'âge, les aspirations changent et s'il ne s'agit plus de s'occuper principalement de ses enfants, le besoin de temps pour s'occuper de ses petits enfants ainsi que de sa famille est une autre préoccupation.

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Ça me plait le 4 jours semaine, je ne me verrais plus faire plus, mais plutôt peut-être diminuer encore pour avoir encore plus de temps pour m'occuper de mes petits enfants...pour passer plus de temps avec ma famille, qu'au travail.»

Pour d'autres répondants avoir une journée de congé dans la semaine est un facteur de satisfaction qui permet de vaquer à des activités personnelles.

HF, femme, 45-60ans et plus, 2 enfants : «Ça va j'ai une journée de congé par semaine, je rencontre mes amis, je fais du sport et j'ai des activités avec mon mari.»

Notre choix d'approche de parcours de vie a permis aux répondants d'effectuer un retour sur leur carrière afin de repérer à quel moment dans leur vie et pourquoi leur parcours professionnel s'est interrompu. Ainsi concernant les femmes, l'examen des trajectoires professionnelles et personnelles montre le caractère imbriqué et discontinu de celles-ci en raison des compromis négociés lors de la venue des enfants. En revanche, la trajectoire des hommes semble plus linéaire, hormis un homme âgé qui s'est arrêté durant deux années pour s'occuper de ses enfants alors que sa femme travaillait ainsi que concernant un jeune homme qui de manière ponctuelle et sur une période moins longue (2 mois) souhaite profiter du congé de paternité. Nous avons également observé qu'avec l'âge les aspirations changent et alors qu'une infirmière plus âgée souhaite obtenir du temps pour s'occuper de ses petits enfants et de sa famille, pour une autre, la sphère personnelle prend le pas sur la sphère familiale et ce sont les amis et les loisirs qui deviennent importants.

> Les conflits de temps et la conciliation emploi-famille

Comme nous l'avons souligné dans la partie théorique de ce travail, le conflit de temps est en lien avec la surcharge temporelle due aux différents rôles ainsi que de la difficulté (manque de temps) à gérer les exigences de l'un et de l'autre rôle.

Ainsi, certaines infirmières font état de difficultés à concilier l'emploi et la famille en raison du manque de flexibilité des horaires qui ne correspondent pas toujours à leurs besoins ainsi que de la non prévisibilité des horaires en cas d'urgence.

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Ce qui est tannant c'est quand on arrive aux heures supplémentaires imposées, en moyenne aux 2 semaines, je fais 4 à 8 heures d'heures supplémentaires obligatoires. C'est sûr, quand on a besoin de congé pour emmener notre enfant chez le médecin et qu'on nous le refuse... nos horaires sont quand même très rigides 8h-16h:16h-24h: 24h-8h et ne correspondent pas toujours à nos besoins.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Sur l'étage on a des postes de jours de 7h30 à 3h30, de 8h à 4, de 8h30 à 4h30, de 9h à 5h00 et celle qui fait le shift de 9 à 5 est de garde, elle reste jusqu'à la fin du shift et si il y a des urgences elle doit poursuivre.»

Les infirmières monoparentales doivent faire face à un cumul de difficultés comme en témoigne la citation ci-dessous. En effet, les transitions d'un quart à l'autre et le travail sur un quart de nuit posent encore davantage de problèmes lorsque les enfants sont jeunes et même encore lorsqu'ils sont plus âgés, ceci ne permettant pas aux infirmières de travailler en toute sérénité.

HA, Femme 45-60 ans et plus: «Ce n'était pas facile, sur 6 semaine on travaillait 3 semaines de jour et 3 semaines de nuit, la partie soir était faite par les personnes qui avaient le plus de séniorité et ça c'était le plus facile. Le plus difficile c'était de passer d'un shift à l'autre, la transition était très difficile. Quand j'étais de nuit, j'avais une de mes nièces qui venait dormir à la maison ou j'emmenais les enfants quelque part, quand ils étaient plus vieux j'avais fait installer un système d'alarme chez moi mais je n'étais pas tranquille au travail.»

> La pression, la charge de travail et le stress

Nos analyses des parcours professionnels ont également témoigné de l'importance de l'usure professionnelle due à la nature du travail d'infirmière où il est difficile de se faire remplacer

puisqu'il s'agit d'une profession en pénurie de main d'œuvre. Ceci a une influence directe sur la santé des infirmières et les pousse à s'absenter (congé maladie, absences).

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «J'aime mon travail, mais on fait deux fois plus que ce qu'on faisait avant avec moins d'effectifs, ils ne remplacent pas sur l'étage ou je travaille par exemple quand quelqu'un est malade, ou est en vacances, on n'est pas remplacé. C'est très difficile de trouver des remplaçants dans le milieu parce que c'est hyper spécialisé et que ça prend six mois pour rendre quelqu'un efficace. Toutes les semaines on change de shift, on avait une infirmière partie pendant un an en maladie, on n'a pas pu la remplacer, là c'est moi qui suis en congé de maladie et il y en a une qui revient de manière progressive.»

D'autres infirmières évoquent la charge de travail, la pression et le stress grandissant qui semblent être problématiques pour certains répondants ayant plus de mal à maintenir la relation d'aide ancrée chez la majorité des infirmières.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «La charge de travail est assez lourde et là depuis quelque temps on nous a augmenté la pression pour en prendre plus et ça on n'aime pas. La demande est très grande au guichet, on prend ce qu'on peut prendre, mais on veut donner le service alors un moment donné on ne peut pu en prendre alors il y a une liste d'attente... on n'aime pas ça...on n'aime pas tellement ça. Il y a des personnes qui attendent depuis 2 mois, elles n'attendent pas avec un grand sourire là, juste pour te dire l'attente des fois... on les appelle pour le rendezvous et non trop tard il est mort.»

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Moi j'ai toujours aimé travailler avec les patients, mais il faut remplir pour chaque patient un profil de santé, un plan de soins, faut que tu soignes ton dossier... tu l'écris même si t'as pas le temps de le faire. Alors les gens, aujourd'hui, travaillent sur le stress pas le temps d'aller voir les patients; d'avoir du plaisir avec les patients, ils nous stressent avec ça.»

HF femme, 20-44 ans, 2 enfants: «On a plus de tâches supplémentaires à faire surtout en obstétrique avec le taux de naissance qui a augmenté mais on n'a pas plus d'infirmières sur le plancher. Au niveau administratif aussi plus de papier à remplir. Ce qui est dommage, quand on a beaucoup de travail, on n'a pas de temps pour l'enseignement aux patients, on va à l'essentiel, oui ça c'est gênant.»

Les horaires atypiques (quarts de travail), l'imprévisibilité des heures supplémentaires obligatoires ou le fait de devoir rester en cas d'urgence posent également des difficultés aux infirmières quant à la conciliation du travail et de la famille et le fait d'être monoparental multiplie les difficultés. De plus, la charge de travail s'est vue amplifiée avec la pénurie de main d'œuvre ce qui a une influence sur la santé des infirmières qui ne peuvent, pour certaines, faire autrement que de s'absenter pour maladie. Pour d'autres, la mise en danger de

la relation d'aide à autrui par la rationalisation du temps passé auprès du patient est un facteur de stress. Les infirmières ressentent donc de l'insatisfaction qui peut les mener à quitter l'établissement.

> Les liens entre les difficultés et la rétention des infirmières

Dans cette sous-section nous cherchons à identifier les liens entre les difficultés rencontrées par les infirmières et les possibilités de rétention de celles-ci. Dans notre chapitre sur la théorie de la reconnaissance, nous avons vu que de manière générale les salariés cherchent à être reconnus en tant que personne, pour leurs efforts fournis, pour leurs compétences ainsi que pour leurs résultats. De plus, la reconnaissance est un facteur majeur agissant sur la motivation, la satisfaction et l'implication au travail donc sur le maintien ou non en emploi des salariés.

> La reconnaissance comme facteur de rétention

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «C'est valorisant de travailler auprès des personnes âgées, on a facilement de la reconnaissance humaine des patients, ce sont eux qui comptent, le personnel aussi, mais moi ce qui est important c'est ce que le patient me dit: La motivation c'est le feedback positif des patients. Les boss, ils ne sont pas faciles à valoriser, ce n'est pas d'emblée qu'ils vont nous valoriser mais j'attends pas après ça, si je sens que les patients sont biens, ça va être ma reconnaissance.»

HA femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: « La reconnaissance, oui définitivement j'ai de la reconnaissance par ce que les patients disent, aussi quand j'ai accepté de faire les 4 jours pendant un mois ça a été tellement apprécié par la directrice des soins, et le fait que je sois revenue travailler à l'hôpital aussi.»

Cependant, la reconnaissance informelle n'est pas toujours suffisante pour satisfaire les individus comme en témoigne la citation ci-dessous. Le fait de ne pas obtenir de récompense monétaire a un effet sur la motivation et l'implication au travail de ce répondant, et pourrait le mener à quitter son emploi.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Les primes, la reconnaissance d'être chef d'équipe ou une prime d'enseignement comme chef de groupe, quand je prends des étudiants, ce serait fun une reconnaissance autant monétaire que professionnelle sans juste le « oh t'es bon». Ils nous le demandent toujours en

septembre, j'en ai toujours pris des étudiants, mais en septembre si rien ne change je n'en prends pas.»

> Des raisons différentes, mais la plupart des infirmières pensent quitter leur emploi avant l'âge officiel du départ à la retraite

Certains répondants émettent le souhait, à condition d'avoir la santé, de ne plus exercer dans le public mais plutôt dans le secteur privé, qui semble permettre plus de liberté.

HF, femme 45-60 ans 2 enfants «Pour poursuivre plus longtemps; non rien. Si la santé est bonne je continuerais mais en privé, je serais plus libre.»

Pour un grand nombre d'infirmières le parcours professionnel semble ponctué par différents problèmes liés à la nature même de leur métier, ce qui peut avoir un impact sur le fait de demeurer ou de quitter l'organisation.

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Il me reste officiellement 6 ans à faire, mais personnellement je ne pense pas me rendre à 6 ans, j'opte pour me rendre à 4 ans. En fin de carrière on a moins de patience, puis ça devient aussi difficile avec les années du point de vue physique, on porte le tablier de plomb qui pèse 8 kg si pour un cas ça dure 4 heures, faut le garder 4 heures pour nous protéger des rayons X, alors avec les années on a des douleurs dans les genoux, le dos, le cou...avec les années ça devient difficile...Non, rien ne m'inciterait à rester plus longtemps.»

Pour cette autre infirmière la pénurie criante n'est plus supportable et elle préfère prendre sa retraite bien qu'elle subisse une perte financière.

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «C'est devenu difficile il n'y pas de remplaçant Quand j'ai des vacances je veux me sentir bien de partir ils devraient nous accommoder plus facilement quand on n'est pas là. Je pourrais rester mais moi je trouve que j'ai assez donné, j'ai 30 ans d'ancienneté mais si t'as 60 ans d'âge il n'y a pas de pénalité. J'aurai 57 % de mon salaire au lieu de 70%. Je vais gérer mon temps de retraite, plus de loisirs, de plaisirs, ce n'est pas rien... des cours pour mon plaisir personnel, ordinateur, anglais.»

Le cumul des rôles familiaux et professionnel peut mener à une surcharge qui se traduit par une incapacité à gérer les deux sphères et a un impact sur le fait de demeurer ou de quitter l'organisation, comme l'explique cette infirmière.

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Moi je resterai tant que je veux aider les gens, que je maitrise mon travail, que j'apprends toujours, mais si je deviens...si je perdais mon énergie là... parce que j'ai déjà pris comme 7 mois de congé maladie en 2001 puis récemment encore, où j'étais pas capable de faire mon travail-famille alors non je ne continuerais pas.»

Cette répondante a fait le choix de privilégier sa famille et non le travail. Ainsi, elle ne demeurera pas plus longtemps dans l'organisation et souhaite partir jeune à la retraite.

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: « J'espère partir jeune. Je veux faire ma vie, mon travail ce n'est pas ma vie, pas parce que je n'aime pas mon travail et mes patients et même si les conditions sont bonnes, je veux partir quand même, ma famille c'est ma vie.»

Les incitatifs financiers ne semblent pas être perçus non plus comme un moyen de rétention pour cette infirmière.

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Il y a des opportunités, des incitatifs, ils donnent 3000 dollars pour ne pas partir, tu peux prendre ta pension et t'es réembauché, t'es payé en plus, ça se cumule avec la retraite, ça peut inciter à rester mais moi je ne veux pas ça là, j'aime mieux prendre ma retraite, peut être que je le regretterai je ne sais pas.»

La pression des rôles familiaux et professionnels, un travail physiquement lourd, la pénurie de main d'œuvre peuvent affecter l'état de santé des infirmières et les conduire à ne pas envisager de demeurer plus longtemps en emploi en fin de carrière. De plus, bien que la reconnaissance soit ressentie comme quelque chose de positif pour les infirmières durant leur parcours professionnel, elle ne semble pas être suffisante pour les inciter à rester en emploi plus longtemps en fin de parcours. En effet, toutes les infirmières (âges et genres confondus) aspirent à ne pas rester plus longtemps en emploi en fin de carrière et souhaitent même parfois partir avant la date officielle de prise de la retraite et ce, malgré certains incitatifs financiers offerts pour les retenir.

Après avoir pris connaissance des facteurs de difficultés que rencontrent les infirmières dans leur travail, voyons maintenant les pratiques organisationnelles offertes aux infirmières qui peuvent être favorables à une meilleure conciliation de la sphère professionnelle et privée.

5.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Dans cette section nous examinons les pratiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre par les organisations pour retenir les infirmières et en particulier celles ayant trait à la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

5.5.1 Les mesures portant sur l'aménagement du temps de travail

Différentes mesures d'aménagement ou de réduction du temps de travail sont proposées par les établissements de santé rencontrés. Ces mesures portent essentiellement sur le temps partiel, la retraite progressive ainsi que sur quelques autres mesures visant le bien-être des employés. La flexibilité des horaires bien que souhaitée par toutes les infirmières demeure parfois problématique à obtenir puisqu'il s'agit d'un milieu de travail en pénurie de main d'œuvre et dont les heures d'ouverture 24/24 heures et 7 jours sur 7 permettent peu de flexibilité.

La citation ci-dessous montre que cette infirmière, comme la plupart des autres infirmières, a adapté son parcours professionnel à son parcours hors travail pour concilier les deux sphères et mener à bien sa carrière jusqu'au moment de la prise de la retraite.

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «Quand j'en ai eu besoin, pendant ma carrière j'ai utilisé le congé de maternité, le temps partagé, le temps partiel et la retraite progressive. Là, je suis en retraite progressive et j'ai une journée de congé par semaine et je pars bientôt à la retraite.»

Des horaires de 12 heures

En réponse aux difficultés de conciliation, une infirmière chef a mis en place des horaires de 12 heures, ce qui permet aux infirmières de l'urgence de ne travailler plus qu'un week-end sur trois au lieu d'un week-end sur deux.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «J'ai mis en place un projet d'une fin de semaine sur trois avec des 12 heures pour les infirmières. Il y a plus de la moitié de l'équipe qui le fait, ce sont des horaires adaptés aux besoins de l'organisation et aux besoins du personnel.»

> Le choix du quart de travail

Pouvoir travailler sur un shift de nuit semble également être une bonne solution pour concilier le travail et la famille lorsque le conjoint travaille sur un shift de jour.

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «J'avais choisi un shift de nuit pour concilier, et quand je travaillais les nuits, mon mari faisait le jour.»

> Le travail à temps partiel

Comme le dit justement cette répondante, le travail à temps partiel relève souvent du choix des jeunes infirmières pour être en mesure de concilier l'emploi et la famille.

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «On est beaucoup à travailler à temps partiel, il y en a plusieurs pour qui ce sont des choix. Ce sont les femmes et surtout les jeunes mères qui les utilisent pour passer plus de temps avec leurs enfants.»

Le travail à temps partiel subi

Bien que certaines infirmières aient choisi de travailler à temps partiel, pour d'autres il s'agit plutôt d'un temps partiel subi.

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Le temps complet c'est de plus en plus rare. Mais, habituellement, même à temps partiel on réussit à travailler à temps plein, il y a plus de poste à temps partiel. Quand quelqu'un part à la retraite d'un poste à temps plein, ils font deux postes à temps partiel, pour couvrir les deux fins de semaine, comme ça les filles font chacune leur fin de semaine. Moi j'aimerais avoir un poste à temps plein. Quand je suis malade ou mes enfants, je suis monoparentale, je ne rentre pas travailler mais, c'est à mes frais.»

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants: «Présentement je ne suis pas à temps complet, je travaille de jour, de nuit et de soir j'aimerais avoir un horaire plus stable, je fais de heures supplémentaires, c'est fréquent, entre 12 et 16 heures de plus par semaine et pourtant je suis à temps partiel.»

La semaine comprimée en 4 jours

Dépendamment du service et de l'établissement qui emploi les infirmières, il semble intéressant d'effectuer la semaine comprimée en 4 jours.

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Je fais 35h semaine à temps complet mais je travaille 32h c'est possible avec la convention collective c'est-à-dire que je travaille 4 journées de 8 h00 à 17h. Dans notre service on est plusieurs à faire ça, c'est facile pour notre secteur, à l'hôpital c'est peut être pas possible.»

La flexibilité des horaires

Concernant tous les établissements, la flexibilité des horaires s'effectue par des ententes informelles avec le supérieur, elle demeure donc fragile puisqu'elle peut être remise en question dans le cas d'un changement de supérieur. De manière générale, comme le montrent les citations, outre l'entente avec le supérieur, la flexibilité des horaires s'effectue par des échanges d'heures entre collègues. Cependant, il semblerait qu'il soit plus facile d'obtenir une certaine flexibilité des horaires lorsqu'on est cadre, le poste n'exigeant pas de travail avec le patient.

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants «Je peux avoir des horaires assez flexibles aussi quand je travaille le soir je peux rentrer plus tard le matin.»

CLSC, homme, 45-60 ans, 2 enfants, «On a une certaine flexibilité au niveau des horaires de travail, mais s'ils officialisaient la flexibilité ce serait mieux...là, on est un peu sur des ententes informelles avec les supérieurs mais si le supérieur change ça peut s'arrêter.»

CSSS, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «La flexibilité c'est possible, si j'arrive plus tard je me rattrape au courant de la semaine, mon 35 h est malléable, c'est juste pour les cadres car je ne vois pas de clientèle.»

CSSS, femme, 20-44ans, 3 enfants: «Pour la flexibilité, il y a aussi des petites ententes mais pas évident car on travaille dans un service ouvert 24h/24h. On peut toujours s'arranger avec la chef de programme, faire des échanges entre employés, mais on tente le plus possible de donner les horaires d'avance, c'est plus facile pour planifier les rendez-vous.»

> Les heures supplémentaires

Peu de répondants se sont exprimés sur les heures supplémentaires; pour ceux qui l'ont fait, la récupération des heures supplémentaires semble s'effectuer sous forme de congés supplémentaires.

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Je peux faire des heures supplémentaires, les accumuler et les reprendre c'est rare les gens qu'on voit à 9h au bureau ici.»

HF, homme, 20-44ans, 2 enfants : «Je fais entre 12 et 16 heures de supplémentaires par semaine. Quand on fait des heures supplémentaires les gens auront des journées de congé.»

Les mesures portant sur les congés

De manière générale tous les établissements de santé offrent 4 semaines de congés payés aux infirmières cependant avec l'ancienneté les infirmières se voient octroyer des semaines supplémentaires. Ceci peut constituer un incitatif à demeurer en emploi pour les infirmières malgré la difficulté parfois à les prendre.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «J'ai 6 semaines de vacances par année plus 2 semaines d'ancienneté, j'ai 58 ans, ça fait 8 semaines, ce sont de bonnes conditions mais j'ai parfois de la misère à les prendre, mais je ne suis par malheureuse dans mes conditions de travail.»

> Les mesures portant sur la fin de parcours

En fin de parcours professionnel, la possibilité de prendre la retraite progressive est offerte dans les établissements de santé. De manière générale, les répondants apprécient de ne plus avoir à travailler cinq jours par semaine ce qui leur permet de souffler un peu. Concernant un des établissements, un programme en direction des 55 ans et plus a été mis en place et leur permet de ne travailler que quatre jours par semaine, tout en étant rémunéré cinq jours. Ceci peut constituer pour cet établissement, une manière de reconnaître et de ménager ses travailleurs d'expérience et de les retenir plus longtemps en emploi aussi.

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants: «Ici on a un programme pour les personnes de 55 ans, ils peuvent bénéficier d'un congé d'une journée par semaine, ils font 4 jours et sont payés 5 jours.»

HF, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «La dernière année, je travaillais 4 jours par semaine mais je payais mon fonds de pension à 5 jours. Je suis passé à 4 jours semaine pour respirer un peu.»

> Les mesures portant sur le soutien pour la garde des enfants

Pouvoir déposer ses enfants à la garderie en fonction des quarts de travail semble être important pour les infirmières. Cependant comme le soulignent les propos ci-dessous, le

manque de places, les plages horaires qui ne correspondent pas avec leurs horaires de travail semblent être une source d'insatisfaction.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «L'organisation prévoit aussi l'ouverture d'une garderie en septembre prochain.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants «On a une garderie ici mais il y a beaucoup d'attente... il y a un manque de places.»

HA, femme, 45-60 ans, 3 enfants: Mes enfants sont grands maintenant, mais la garderie c'est plutôt pour les médecins, pas pour les infirmières, nous on travaille de jour, de soir, de nuit, nos horaires ne correspondent pas avec ceux d'ouverture et de fermeture de la garderie.»

CSSS, femme, 20-44ans, 3 enfants: «En tant qu'infirmière on travaille de 7h à 15h, les horaires, ce n'est pas évident car la garderie n'est pas ouverte à 7h00 le matin, j'ai de la chance d'avoir un conjoint qui porte les enfants à la garderie.»

Les perceptions de cette infirmière montrent qu'en son temps les enfants étaient pris en charge dans les garderies, même lorsqu'ils avaient de petits problèmes de santé, ce qui ne semble plus être le cas aujourd'hui.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants : «A mon époque les garderies étaient beaucoup plus tolérantes, aujourd'hui je regarde mes employés... pour un petit quelque chose ils appellent et demandent à ce qu'elles viennent chercher les enfants. Mes enfants quand ils étaient à la garderie, je n'ai jamais eu d'appels, elle prenait vraiment l'enfant en charge.»

Les mesures portant sur le bien-être et la santé

Pour retenir leurs infirmières, certaines organisations offrent des services de bien-être physique mais font également parfois de la prévention sur des habitudes de vie pour être en santé.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «L'organisation prévoit de faire un gym pour l'exercice physique, notre organisation est assez ouverte, ils sont assez actifs.»

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Depuis pas longtemps on a des activités physiques sur le site, 30 à 45 minutes à l'heure du diner, plusieurs activités sont offertes: cours de cardio, cours de pilates etc., parce que les employés n'ont pas le choix de repartir faire des activités physiques sur l'heure du

diner. On a aussi le 0-5-30; 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique.»

Certains établissements offrent également des services pour apporter de la qualité de vie à leurs employés.

> Quelques mesures portant sur les services

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «On a fait des choses pas extraordinaires mais très bien reçues par le personnel, on a passé un contrat de services comme des changements de pneus, le garagiste vient chercher la clé et l'auto, fait le travail et ramène l'auto.»

En somme dans cette section nous avons vu qu'outre les politiques familiales (normées), le temps partiel (pas toujours volontaire), la retraite progressive, les services de garderie figurent au rang des mesures de conciliation emploi-famille/vie personnelle les plus utilisées dans les établissements étudiés.

D'autres mesures ne sont pas offertes à toutes les infirmières, comme celle des douze heures et celle de semaine comprimée en quatre jours mais semblent être disponibles dans certains secteurs ou établissements. Pourtant ces mesures semblent satisfaire les infirmières car elles aident à la conciliation emploi-famille/vie personnelle en permettant aux infirmières soit de ne travailler qu'un week-end sur trois ou encore de ne travailler que quatre jours par semaine.

La flexibilité des horaires est une mesure applicable pour les cadres mais est plus difficilement applicable pour les infirmières syndiquées qui ont des horaires rigides liés à l'ouverture des services (24/24h et 7/7 jours). Toutefois, suite à une entente informelle avec le supérieur, une certaine flexibilité peut être accordée et s'effectue alors par des échanges d'heures entre collègues.

L'usage du travail à temps partiel relève parfois du choix des infirmières qui ont de jeunes enfants à charge. Le seul jeune homme travaillant à temps partiel (temps partiel subi) aurait préférer travailler sur un poste à temps plein.

Comme nous l'avions vu dans la section «portrait des répondants», sur une totalité de dix femmes âgées de 45 à 60 ans et plus, trois femmes sont en retraite progressive, deux femmes

travaillent à temps partiel, une femme a repris un temps partiel après avoir pris sa retraite et seulement deux femmes travaillent à temps complet. Les trois hommes dans la même tranche d'âge recouvrent chacun un des statuts d'emploi puisqu'un homme est en retraite progressive, un autre à temps complet et le troisième a pris sa retraite mais a ensuite repris le travail à temps partiel.

Avec l'avancée en âge la charge de travail devient plus difficile, et pour de nombreuses infirmières, l'utilisation de la retraite progressive permet de prolonger la vie active. Ainsi plusieurs répondants, hommes et femmes plus âgés, bénéficient de la retraite progressive et travaillent 3 ou 4 jours par semaine. Selon les infirmières, cette mesure permet de concilier le travail et la famille/vie personnelle en s'adonnant à leurs loisirs, en s'occupant de leurs petits enfants et de manière générale en passant plus de temps en famille ou avec les amis. Le fait d'avoir beaucoup d'ancienneté permet également de bénéficier de semaines supplémentaires de congé ce qui semble être un facteur de satisfaction pour les infirmières plus âgées, bien que cet incitatif ne soit plus en vigueur aujourd'hui.

Concernant les deux répondants qui ont repris le travail à temps partiel, après la prise de la retraite, ce sont des problèmes financiers qui ont poussé la femme à revenir en emploi, alors que les motivations de l'homme portent sur la peur de s'ennuyer, le fait d'être encore jeune et que de travailler sur appel donne le choix de répondre positivement ou négativement aux appels.

Pouvoir choisir de travailler sur une équipe de nuit semble également représenter une forme de conciliation lorsque le conjoint travaille de jour puisque ceci permettant la présence continue d'un des deux parents, auprès des enfants, à la maison.

Les services de garderie bien qu'appréciées par toutes les infirmières ne donnent pas une entière satisfaction en raison du manque de places.

Dans cette section nous avons présenté les mesures d'aménagement du temps de travail utilisées par les infirmières qui permettent de concilier l'emploi et la famille tout en soutenant le parcours professionnel. Dans la prochaine section nous présentons les stratégies de contournement mises en œuvre par les répondants.

5.5.2 Les stratégies de contournement

Lorsqu'elles répondent aux besoins et attentes des employés, les pratiques de gestion de ressources humaines peuvent influer sur l'engagement, la motivation, et la rétention de la main d'œuvre. Par contre, les infirmières doivent parfois utiliser d'autres moyens pour arriver à tout concilier. Voyons ici quels sont les stratégies de contournement mises en place par les infirmières qui permettent de mieux concilier leur parcours professionnel et leur parcours de vie.

La mobilité professionnelle verticale, horizontale ou vers un autre établissement semble être la stratégie permettant aux infirmières d'accéder à de meilleures conditions de travail leur permettant ainsi de mieux concilier l'emploi et la famille/vie personnelle lorsqu'elles n'arrivent pas à obtenir ce qu'elles souhaitent dans un poste donné. En effet, si le but de l'employeur est de faire face aux déficits en compétences des individus ou de combler des postes rendus vacants, il semble que les infirmières surveillent les postes vacants ou autres occasions d'emploi pour mieux satisfaire leurs propres besoins et attentes, en fonction du moment où elles sont rendues dans leur parcours de vie. Ainsi, seule l'obtention du baccalauréat en sciences infirmières semble permettre outre l'avancement de la carrière, une nette amélioration des conditions de travail.

> L'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières pour l'avancement de la carrière

L'avancement de la carrière passe pour la plupart des répondants par l'obtention du Baccalauréat en soins infirmiers.

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants: «Je souhaite avancer à des postes supérieurs, d'avoir terminé mon Baccalauréat ça va m'aider à ouvrir des postes supérieurs. Ce qui me motiverait je dirais d'avoir dans les prochaines années un poste de chef de département dans une urgence.»

CSSS, femme, 20-44 ans, 3 enfants: «J'aimerais poursuivre avec un baccalauréat, avoir de bons patrons, pouvoir me développer, avoir des projets spéciaux, pour moi c'est une grande source de motivation.»

> L'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières pour améliorer les conditions de travail

Pour d'autres répondants posséder un baccalauréat permet certes l'avancement de la carrière mais, plus encore, d'améliorer ses conditions de travail pour pouvoir faire face aux difficultés de concilier la sphère professionnelle et familiale

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «J'ai fait un baccalauréat car quand je me suis séparée les enfants étaient petits donc c'était la possibilité d'avoir un poste de jour, des postes plus intéressants et aussi pour être plus formée.»

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «J'ai changé de poste, là je suis en radiologie, j'ai justement changé par rapport aux conditions de travail, dans le secteur de radiologie il n'y a pas d'heure supplémentaire. Aussi, avant je commençais à 7h30 et je n'arrivais pas à porter les enfants à la garderie. Là, je travaille de 8h à 4h, avec 45 minutes pour diner, c'est mieux.»

> Posséder un baccalauréat facilite aussi le changement d'établissement

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «J'ai pris un poste à temps plein de jour j'ai pu le faire grâce à mon Baccalauréat et à mon expérience. Ma chance ça a été mon entrée en clinique externe avec de meilleures conditions de travail, ça m'a donné un nouveau souffle car je n'apprenais plus, j'avais perdu ma passion, ça m'a comme donnée un second souffle (rire), ça m'a remotivée aussi.»

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Quand je suis parti de l'hôpital anglophone j'avais dépassé 50 ans, fini mon Bacc, je ne voulais plus travailler à l'hôpital, c'était trop difficile le travail de cadre pour beaucoup de raisons, questions disciplinaires, t'es responsable de tout, trop de problèmes, je ne voulais plus vivre ça alors je suis parti au CLSC.»

> Posséder un baccalauréat pour changer de poste

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «J'ai changé de poste, là je suis en radiologie, j'ai justement changé par rapport aux conditions de travail, dans le secteur de radiologie il n'y a pas d'heure supplémentaire. Aussi, avant je commençais à 7h30 et je n'arrivais pas à porter les enfants à la garderie. Là, je travaille de 8h à 4h, avec 45 minutes pour diner, c'est mieux.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Ça a pris beaucoup de temps, mais j'ai fait mon baccalauréat pour avoir un emploi plus permanent et me donner quelque chose de plus satisfaisant comme un travail dans la journée, sans fins de semaine, et avec un meilleur salaire aussi et maintenant je travaille 4 jours semaine. C'est mon choix, le poste que j'ai est permanent 4 jours semaine, plus de weekend, mon bac m'a donné la possibilité de choisir.»

Comme nous l'avons vu dans la section traitant de la vocation, les infirmières ont un fort engagement à l'égard de leur profession. Bien qu'il s'agisse pour la plupart d'entre elles, avant tout d'un engagement de «caring» ressenti comme un idéal moral, il semblerait que cet idéal soit également intimement lié à ce qui se rapporte aux techniques et aux connaissances permettant une bonne exécution des soins. Tout au long du parcours de vie les infirmières maintiennent cet attachement à leur profession et pour palier les difficultés familiales ou parentales, elles font le choix de changer de poste ou d'aller vers des établissements qui offrent de meilleures conditions de travail. Ainsi, les perceptions des infirmières montrent que des conditions de travail permettant de concilier la sphère professionnelle et la sphère personnelle permettraient d'obtenir un engagement affectif (lien affectif) et normatif (loyauté) envers l'organisation et ainsi de les maintenir en emploi.

De plus, à travers ces quelques citations nous pouvons relever une différenciation entre la carrière des hommes et des femmes. En effet, il semble que la motivation des hommes soit plus en lien avec l'avancement de la carrière que pour les femmes, où le défi de la conciliation emploi-famille apparaît de prime abord. Ceci a une influence sur les trajectoires de carrière. Ce type de carrière est plus en lien avec le modèle de carrière nomade où la responsabilité de la carrière repose sur l'individu et où les organisations considèrent que ce sont aux infirmières de s'assurer de développer leurs compétences et leur employabilité. De plus tout comme le modèle de carrière kaléidoscopique, la comparaison entre les propos de nos répondants hommes et femmes montre que les femmes ont des contraintes différentes de celles des hommes puisque ces derniers semblent se concentrer d'abord sur l'avancement de leur carrière, alors que les femmes se consacrent d'abord à la conciliation emploi-famille.

Tout comme l'indique Weick (1976), les propos des infirmières ont montré que chaque carrière était différente et que le mode séquentiel d'étape de carrière (passer d'une étape pour atteindre l'autre) ne s'applique pas nécessairement à tout le monde, certaines infirmières ne vivant pas l'étape du désengagement au moment de la retraite mais bien avant, en raison des perceptions négatives posées sur leur emploi par rapport à leurs aspirations.

Ainsi comme l'ont souligné Hall et Goodale (1986) en suivant une formation pour accéder à un autre poste ou pour changer d'établissement les infirmières se retrouvent à nouveau à l'étape de l'exploration. Il n'existe donc pas d'automatisme entre l'âge ni même d'ailleurs le genre selon nous et l'étape de vie professionnelle.

> Des formations plus ponctuelles

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants : «J'apprécie les formations, les patrons nous incluent dans des programmes de formation, on peut assister à des congrès et c'est payé par l'employeur, oui j'apprécie ça.»

HF, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Je vais à des congrès pour la gérontologie, la psychiatrie, l'an passé j'ai fait 1 semaine à l'université sur "comment travailler avec les famille", moi j'aime ça, je reste alerte là-dessus.»

CSSS, femme, 20-44ans, 3 enfants: «Il y a beaucoup d'opportunités, on peut faire partie d'un comité, on peut participer à des projets spéciaux, aux mises à jour des politiques et procédures, ou encore à des projets plus cliniques.»

Les programmes de formation plus ponctuels sont également très appréciés par les infirmières. Leur motivation s'exprime ici par le plaisir d'apprendre des choses nouvelles leur permettant ainsi d'être, en tout temps, à jour au niveau des connaissances. Ainsi il est possible de rapprocher les propos des infirmières de la théorie de la motivation intrinsèque des connaissances (plaisir d'apprendre, obtenir de nouvelles connaissances- (cf. Vallerand et al., 1989). De plus, les facteurs intrinsèques peuvent avoir un impact sur le maintien en emploi, bien plus souvent que les facteurs extrinsèques (salaires, promotions). En effet, la majorité des infirmières de sexe féminin n'a à aucun moment fait le parallèle entre la motivation et les facteurs extrinsèques tels la rémunération ou les promotions. Ce n'est pas toujours le cas pour les infirmiers.

La préparation d'une nouvelle carrière en fin de carrière

Peu d'infirmières disent vouloir continuer à travailler en fin de carrière dans leur milieu de travail actuel, essentiellement en raison de la difficulté des conditions et des horaires de travail. Les citations, ci-dessous, montrent comment les infirmières se projettent sur leur fin de carrière. Un homme poursuit des études pour pouvoir être consultant après sa retraite, une femme prévoit un emploi autonome, une femme émet le souhait de travailler dans le privé, une autre femme souhaiterait faire de l'enseignement à temps partiel, et une femme plus âgée continuera à travailler dans sa propre compagnie dans laquelle elle s'investit déjà, une fois à la retraite.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «J'ai commencé au CLSC depuis 2000 et là je suis étudiant à la maitrise. Ça fait deux ans que je fais 3 ou 4 cours par année pour ma maitrise mais je ne suis pas obligé de le faire pour mon travail, je le fais pour mon après carrière, je vais créer moi-même mon emploi parce que je veux être consultant.»

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «A la retraite je ferai un emploi autonome, je travaillerai en faisant des prélèvements sanguins, je veux être moins impliquée qu'aujourd'hui.»

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Il y a quelque chose de vague qui me dit dans ma tête je vais prendre un sujet pointu... je pense que la façon dont les médias fonctionnent dans la société a un effet négatif sur la santé... alors je veux travailler là-dessus, pas juste pour m'y intéresser mais m'y engager.»

HF, femme 45-60 ans 2 enfants «En fin de carrière...je continuerai mais en privé, je serai plus libre.»

HF, femme, 20-44ans, 2 enfants: «Peut être que j'aimerais faire de l'enseignement à temps partiel en fin de carrière, pour la formation des jeunes infirmières.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «Je suis infirmière mais on a aussi avec mon mari une compagnie et c'est moi qui m'occupe de toute la comptabilité depuis les années 80, cela devrait m'occuper après la retraite.»

Tout comme pendant le parcours de vie, l'engagement à l'égard de la profession après la prise de la retraite semble rester fort. En effet, la majorité des répondants qui font le choix d'une nouvelle carrière le font pour devenir maitre de leurs conditions de travail (horaires, charge de travail etc.) et font toujours le choix de continuer de travailler d'une manière ou d'une autre dans le domaine de la santé.

De plus, les propos des répondants ci-dessus montrent que les concernant, l'évolution de leur carrière ne correspond plus au découpage de la carrière en quatre étapes, mais bien en cinq étapes. Cette cinquième étape correspondant au «renouveau de carrière» (Smart et Peterson, 1997).

Dans la section qui suit nous présentons quelques mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail proposées aux répondants, ainsi que l'intérêt que représentent ces mesures pour les infirmières.

5.5.3 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail

Avec la pénurie de cette main d'œuvre, il est devenu important de faire face aux attentes et besoins de cette dernière afin de la retenir en emploi. Aussi, nous avons interrogé nos répondants sur les pratiques d'aménagement ou de réduction du temps de travail (ARTT) qui pourraient les intéresser du point de vue de la conciliation emploi-famille et de l'incitation à demeurer en emploi. Nous présentons ci-dessous une synthèse de leurs choix les plus intéressants c'est-à-dire ceux répondant à l'échelle couvrant «très intéressant à assez intéressant» ainsi que les choix les moins intéressants «pas intéressant à pas du tout intéressant». L'annexe 6 présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 4. Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi

MESURES	TI- I	PI-PDI
	1 H et 4 F 20-44 ans	1H et 4 F 20-44 ans
Retraite progressive .	H&F : (5/5) C&I	
Horaires flexibles	H&F: (5/5) C&I	
Jours supplémentaire de congé	H&F: (5/5) C&I	
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H&F: (5/5) C&I	
Vacances annuelles plus longues	H&F: (5/5) C&I	
Semaine comprimée en 4jours (faire le travail de 5 jours)	H: (1/1) C&I	
Temps partiel volontaire	H: (1/1) I F: (4/4) C, et F (3/4) I	H: (1/1) C
Semaine comprimée en 4 jours		F: (2/4) C et (3/4) I
MESURES	3 H et 10 3F de 45-60 ans et plus	3 H et 10 F de 45-60 ans et plus
Retraite progressive	F: (10/10) C&I	H: (1/3) C et (2/3) I
Retraite et emploi à temps partiel	F: (10/10) C et (8/10) I	H: (2/3) C&I
Horaires flexibles	H: (2/3) C et (3/3) I F: (9/10) C et (10/10) I	
Temps partiel volontaire	H: (2/3) C&I F: (9/10) C&I	
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours)		F: (7/10) C et (5/10) I
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H: (2/3) C et (3/3) I	

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme; C: conciliation, I: incitation.

Concernant la conciliation et l'incitation à demeurer en emploi pour les répondants des deux sexes, situés dans la tranche d'âge de 20-44ans, les mesures de retraite progressive, d'horaires flexibles, de jours supplémentaire de congé, de semaine réduite à quatre jours et de

vacances annuelles plus longues sont perçues comme «très intéressantes à intéressantes». Le temps partiel volontaire est perçu comme «assez intéressant à très intéressant» pour les jeunes femmes (4/4, C et 3/4, I) alors qu'elle ne l'est pas pour le seul homme jeune. La semaine comprimée en 4 jours est perçue comme «pas intéressante à pas du tout intéressante» pour les femmes car non applicable au domaine (2/4, C et 3/4, I).

En ce qui a trait à la conciliation et à l'incitation à demeurer en emploi, concernant les répondants de 45-60 ans et plus, la retraite progressive et la mesure de retraite et temps partiel sont considérées comme «assez intéressantes à très intéressantes» pour les femmes (10/10, C&I) et (10/10, C et 8/10, I), alors qu'elles le sont moins pour les hommes dans la même tranche d'âge: (1/3, C et 2/3 I) et (2/3, C&I). Les horaires flexibles sont perçus comme «assez intéressants à très intéressants» concernant les femmes (9/10, C et 10/10, I), de même concernant les hommes (2/3, C et 3/3, I). Toujours dans ce même groupe d'âge, le temps partiel volontaire est considéré comme «assez intéressant à très intéressant» pour les femmes (9/10 C&I), de même concernant les hommes (2/3, C&I). La semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de cinq jours en quatre) n'est pas considérée comme intéressante pour les femmes plus âgées (7/10) C et (5/10) I. La semaine réduite à 4 jours est «assez intéressants à très intéressants» pour la majorité des hommes (2/3 C et 3/3) I).

Les réponses des nos répondants hommes et femmes montrent que pour concilier l'emploi et la famille/vie personnelle tout au long du parcours de vie, les mesures les plus intéressantes sont celles de travail à temps partiel volontaire (hormis le seul jeune homme), de flexibilité des horaires ainsi que de retraite progressive (hormis la plupart des hommes âgés concernant la conciliation). Comme nous l'avons au fil de ces pages, de manière générale ce sont ces mesures qui permettent aux infirmières de diminuer les conflits de temps, de pression entre le travail et la famille durant leur parcours professionnel. Ainsi, il semblerait que les établissements qui offrent ce type de mesures adaptées en fonction des besoins, à un moment donné dans le parcours professionnel, auraient plus de chance de maintenir leur main d'œuvre en emploi.

Dans le but d'obtenir une meilleure compréhension et de savoir qui utilise les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, voyons quelques propos des répondants sur le sujet.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Les mesures les plus utilisées ici c'est surtout la retraite progressive et le temps partiel volontaire, le travail partagé non, et c'est plutôt les femmes qui les utilisent, on est minoritaire nous.»

CLSC, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «En fait, on a 13 jours fériés, 4 jours maladie, 3 jours fériés de moins car je fais du 32 h/semaine. On peut prendre 1 mois de congé sans solde par année, mais il faut que ce soit demandé et accepté par le supérieur c'est en fonction de la convention collective au Québec. Le 32 h/semaine est beaucoup utilisé et la retraite progressive aussi. On a aussi les heures brisées tu travailles de 8h à 12h00 puis en soirée de 4h à 8h00. C'est plutôt les femmes qui utilisent les mesures car il n'y a pas beaucoup d'hommes ici, nous on en n'a pas dans l'équipe.»

Les mesures d'ARTT offertes sont celles fixées par la convention collective des personnels de la santé du Québec, cependant il incombe au supérieur d'accepter ou non les demandes, mais comme nous l'avons vu le contexte de pénurie de main d'œuvre ne le permet pas toujours. Comme le disent les répondants, le milieu infirmier est plutôt féminin et c'est pourquoi ce sont les femmes en majorité qui utilisent les mesures offertes.

> Bien qu'intéressantes, certaines mesures ne semblent pourvoir s'appliquer à la profession d'infirmières dans un contexte de pénurie

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants : «Les mesures de flexibilité, de journée de travail plus courtes, de semaine réduite à 4 jours et de semaine comprimée en 4 jours sont intéressantes du point de vue de la conciliation mais ne sont pas applicables au métier d'infirmière dans un contexte de pénurie.»

> La flexibilité des horaires, une mesure en direction des cadres

Selon que les infirmières soient syndiquées ou qu'elles occupent un poste de cadre, les infirmières ne sont pas concernées par les mêmes mesures.

CSSS, femme, 20-44 ans, 2 enfants : «Beaucoup de mesures sont offertes aux syndiquées sauf l'horaire flexible qui est offert aux cadres.»

Des secteurs plus avantageux quant au nombre de jours de congé

HA, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants « En psychiatrie on a 13 jours fériés, 5 jours de plus que les autres secteurs en psychiatrie, 4 semaines de vacances et des congés sans solde.»

> Selon le statut d'emploi, à temps partiel ou temps complet, les droits aux congés de maladie ne sont pas identiques

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants : «Moi je n'ai pas droit aux congés maladie car je suis à temps partiel. Oui les mesures sont beaucoup utilisés surtout les femmes qui prennent des retraites progressives. Surtout des femmes aussi qui sont à temps partiel.»

Insatisfaction suite à la rationalisation de la semaine de congé supplémentaire offerte à 55 ans

Suite aux compressions budgétaires, cette mesure qui se voulait une incitation à maintenir les infirmières plus âgées en emploi, a été supprimée.

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants : «Quand t'avais 55 ans, tu pouvais avoir 1 semaine de congé de plus, mais ça a été retiré par la loi 100 ... c'est bien négatif.»

5.5.4 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

D'autres mesures qui peuvent avoir un effet sur l'incitation à demeurer en emploi ont été proposées aux infirmières. Nous présentons ci-dessous une synthèse de ces autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi. L'annexe 6 bis présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 5. Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

AUTRES MESURES	TI- I 1 H et 4 F 20-44 ans	PI-PDI 1H et 4 F 20-44 ans
Mobilité interne (occuper un autre	F: (2/4)	In et 4 r 20-44 ans
poste):	H:(1/1)	
Mentorat de plus jeunes :	H:(1/1)	F: (3/4)
Donner de la formation :	F: (3/4) H: (1/1)	
Autre mode de gestion plus participatif	F: (4/4) H: (1/1)	
	TI- I 3 H et 10 F de 45-60 ans et plus	PI-PDI 3 H et 10 F de 45-60 ans et plus
Mobilité interne (occuper un autre poste) :	F: (5/10)	H:(2/3)
Mentorat de plus jeunes :	F: (7/10) H: (2/3)	
Donner de la formation :	F: (8/10)	H:(2/3)
Autre mode de gestion plus participatif	F: (7/10)	

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme.

Les mesure de «mode gestion plus participatif» (4/4) et «donner de la formation» (3/4) inciteraient les jeunes femmes à demeurer en emploi. En revanche, celle de mentorat (3/4) n'est pas une mesure incitative pour la plupart. Les quatre mesures proposées sont perçues comme des incitatifs à demeurer en emploi pour le seul jeune homme.

Concernant les répondants plus âgés, les femmes perçoivent les mesures de «donner de la formation» (8/10), «mentorat de plus jeunes» (7/10), de «mode de gestion plus participatif» (7/10) et de «mobilité interne» (5/10) comme «assez intéressantes à très intéressantes». De leur côté les hommes pensent que la mesure de «mentorat» (2/3) est «assez intéressante à très intéressante» alors que les mesures de «mobilité interne» et de «donner de la formation» sont perçues comme «pas intéressantes à pas du tout intéressantes».

De manière globale, on peut noter des différences d'intérêts, les jeunes femmes étant très intéressées par les pratiques liées au mode de gestion participative alors que les femmes plus âgées le sont moins. Ces dernières sont très intéressées par la formation et le mentorat, les jeunes infirmières ne l'étant pas. Par contre, pour les mesures de mentorat et de formation, les intérêts sont plutôt convergents entre les hommes et les femmes plus âgés, qui sont très

intéressés à transmettre leurs connaissances, comme nous le voyons dans les citations cidessous.

Mais examinons plus en profondeur et voyons quelles sont les perceptions des répondants sur ces différentes mesures à travers quelques citations.

> Le mode de gestion plus participatif comme mesure incitative à demeurer plus longtemps en emploi

Les pratiques liées au mode de gestion plus participatif réfèrent à une participation plus grande des employés favorisant ainsi l'autonomie. Cette pratique qui semble être de mise dans les établissements hospitaliers examinés a une influence sur la satisfaction des infirmières comme le soulignent les propos ci-dessous.

CLSC, homme, 45-60ans, 2 enfants: «L'autonomie faut pas la changer, mes patients c'est l'autonomie... je ne voudrais pas perdre ça.»

CLSC, femme 45-60 ans et plus, 2 enfants: «J'ai connu ce que c'était moins d'autonomie dans les hôpitaux, ici on a une certaine autonomie, c'est un travail d'équipe avec un support social avec l'ergothérapeute par exemple, ça ça me plait.»

CSSS, femme, 20-44ans 2 enfants: «On est très autonome mais on se consulte beaucoup sur des dossiers complémentaires. On fonctionne par résultats, faut livrer et on est évalué là-dessus»

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «On a beaucoup d'autonomie, on rencontre notre boss cadre aux 3 semaines, on est complètement libre en notant qu'on arrive à la fin de l'année avec nos objectifs. Cette liberté est très intéressante et ce que j'aime aussi c'est la multitude de sujets que je traite.»

Ces propos montrent que les infirmières bénéficient d'une certaine liberté dans l'exécution de leur travail qu'elles apprécient et qu'elles ne souhaitent pas perdre. En favorisant l'autonomie, l'employeur reconnaît les compétences de son personnel, ce qui a un effet valorisant pour les infirmières et les incite à faire des efforts afin de les maintenir à jour. De plus le fait d'accorder de la latitude aux infirmières dans la prise de décision peut contribuer à retenir les infirmières en emploi.

> Le mentorat comme mesure incitative à demeurer plus longtemps en emploi

Pour les répondants plus âgés des deux sexes la transmission des connaissances va de soi. Ils souhaitent mettre leur expertise à profit des jeunes infirmières afin de les sécuriser dans leur travail. Cette mesure les inciterait à demeurer plus longtemps en emploi.

CLSC, homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: « Il y en a deux responsabilités que je maintiens, je l'ai dit à mes supérieurs, l'accompagnement des stagiaires et le mentorat pour les jeunes infirmières jusqu'à ma dernière journée je veux les maintenir.»

HF, femme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Oui le mentorat m'inciterait... je pense que j'ai beaucoup d'expérience dans mon travail et je dois partager avec les infirmières plus jeunes que moi.»

CSSS, femme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «A temps partiel le mentorat ce serait bien, j'ai une belle expertise, puis ça aide la relève, les jeunes nous regardent aller et ont peur de prendre des décisions, c'est une bonne sécurité pour les employés.»

Le seul jeune homme et une jeune femme, partagent les propos des infirmières plus âgées et ajoutent que le mentorat peut être un incitatif à rester plus longtemps en emploi et qu'il s'agit aussi d'une manière de valoriser les infirmières plus âgées. En outre, les répondantes soulignent l'avantage pour les jeunes infirmières de bénéficier de l'expertise d'infirmières plus âgées.

CSSS, homme, 20-44 ans, 2 enfants: «Oui le mentorat, la formation... parce que c'est bien de pouvoir... autant pour les jeunes de recevoir les conseils des personnes qui ont plus d'expérience, et autant pour les plus vieilles de transmettre leurs connaissances et ça peut les faire rester plus longtemps.»

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Oui le mentorat c'est valorisant c'est la plus belle manière de transmettre ce qu'on sait et c'est un gros avantage pour ceux qui commencent.»

En revanche, pour une minorité d'infirmières le mentorat n'est tout simplement pas intéressant et ne représente pas un incitatif pour demeurer en emploi; pour une autre infirmière plus âgée, il s'agit plutôt d'un manque d'expérience la concernant.

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants «Le mentorat ne changerait rien pour l'incitation, ça ne m'intéresse pas.»

HA, femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Non je n'aime pas faire du mentorat ou de la formation, peut être c'est parce qu'il y a des infirmières qui ont plus d'expérience.»

> Les mesures de mobilité interne

Pour d'autres infirmières, l'intérêt du travail ou encore la mobilité interne représenteraient une incitation à demeurer en emploi.

CSSS, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «La nature du dossier confié et le nombre d'heures à y consacrer peuvent me faire rester plus longtemps sur la fin de carrière.»

HF, femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Ce qui pourrait m'inciter à rester en emploi c'est avoir un très beau poste et une augmentation de salaire, je me verrai plus dans la mobilité interne.»

Les citations montrent l'engouement des répondants jeunes et plus âgés pour la pratique du «mode gestion plus participatif» ainsi que celui des répondants plus âgés, hommes et femmes, et du seul jeune homme pour la transmission des connaissances. Ceci est vu comme pouvant permettre aux jeunes infirmières de se sentir plus sécurisées par rapport à leur travail. Pour la majorité des jeunes femmes, l'incitation à demeurer en emploi est plus en lien avec la nature du poste, les horaires et un meilleur salaire.

Les pratiques de gestion des ressources peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la satisfaction, la motivation et l'engagement des individus. Ainsi nous proposons de voir à partir d'une synthèse des propos d'infirmières, 19 quels sont les effets et quelle importance ils accordent aux pratiques.

5.6 L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur l'engagement, la motivation, la rétention

Selon la catégorie socioprofessionnelle, les caractéristiques de l'emploi peuvent être centrales dans le conflit emploi-famille comme c'est le cas pour la profession d'infirmière. En effet, nous avons vu que d'importantes exigences de travail caractérisaient cette profession et pouvaient souvent nuire à la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

¹⁹ Pour éviter toute redondance de citations.

A partir des motifs de satisfaction et d'insatisfaction des infirmières, nous tentons de mettre en lumière l'importance et l'effet des pratiques de gestion des ressources humaines sur la motivation, l'engagement organisationnel, et leur rétention en emploi. Voyons d'abord les motifs d'insatisfaction puis ceux de satisfaction relevés au long des propos d'infirmières :

> Les motifs d'insatisfaction :

- Les horaires de travail qui ne permettent pas de concilier l'emploi et la famille ou la vie personnelle
- Le manque de flexibilité dans les horaires de travail ne permettant pas toujours de répondre de manière ponctuelle aux imprévus lés aux problèmes familiaux
- Les demandes de congé pas toujours acceptées en raison de la pénurie de main d'œuvre
- La surcharge de travail due au manque de ressources humaines

> Les motifs de satisfaction :

- L'autonomie dans le travail et l'entraide avec les collègues.
- Les pratiques d'aménagement et de réduction du temps de travail permettant de concilier l'emploi et la famille, à chaque étape du parcours de vie.

Avant de passer à l'examen des pratiques de gestion des ressources humaines en lien avec la motivation, l'engagement et la rétention, il faut souligner l'importance de l'ethos professionnel des infirmières. En effet, cet idéal moral omniprésent dans leurs propos explique leur engagement dans la profession d'infirmière. Cependant bien qu'elles se disent toujours engagées, elles sont contraintes tout au long de leur vie professionnelle de conjuguer leur rôle de mère et celui de professionnelle. Sur ce rappel important, passons à l'analyse des pratiques de gestion des ressources humaines.

> Le travail à temps partiel

Dans cette recherche, nous avons vu que les horaires permettant de concilier l'emploi et la famille, à chaque étape du parcours de vie, avaient un impact positif sur la satisfaction des infirmières. En effet, les jeunes mamans ont montré leur satisfaction de pouvoir faire le choix de travailler à temps partiel lorsque les enfants étaient petits. Bien qu'il s'agisse, à ce moment là, d'un désengagement temporel, le temps partiel volontaire permet de poursuivre la

vie professionnelle et d'avoir plus de temps pour s'occuper des enfants. Pour d'autres infirmières plus âgées, il s'agit d'obtenir du temps pour décompresser afin de poursuivre leur vie active. Que ce soit pour les jeunes infirmières ou pour les plus âgées, pouvoir concilier l'emploi et la famille/vie personnelle, à un moment précis dans leur parcours de vie, peut développer chez elles un sentiment d'engagement organisationnel affectif et normatif. En effet, en acceptant d'octroyer ce type de pratique, l'employeur montre qu'il est attentif aux besoins de sa main d'œuvre et reconnaît les difficultés liées aux lourdes conditions de travail de cette catégorie socioprofessionnelle en acceptant de donner du temps au plus âgé pour tenter de les conserver le plus longtemps possible en emploi. Ceci semble avoir un effet sur l'engagement de cette main d'œuvre qui tisse alors un lien affectif et un sentiment de loyauté envers l'organisation. Cependant, lorsque le travail à temps partiel est subi, l'employé pourrait être tenté de chercher un autre emploi lui permettant d'obtenir plus de sécurité, de stabilité. Bien que l'individu soit motivé intrinsèquement pour le plaisir d'exercer son métier, l'engagement organisationnel semble beaucoup plus fragile dans ce cas et pourrait avoir une conséquence négative quant au fait de demeurer en emploi.

Au contraire, des horaires qui ne permettent pas de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle démotivent les infirmières qui ne resteront en poste que jusqu'au moment où elles auront trouvé un emploi en adéquation avec leur motivation intrinsèque. En effet, les perceptions des infirmières ont montré que si elles n'étaient pas en mesure de satisfaire leurs besoins de conciliation, elles ne demeurent en emploi qu'en attente de trouver autre chose, donc un peu par dépit. Ainsi la cause du maintien en emploi de ces infirmières relève de l'engagement de continuité qui s'il est la principale source de motivation (St Onge et al., 2009), peut avoir un effet négatif sur la performance au travail.

> La retraite progressive

La retraite progressive est une mesure perçue comme intéressante par tous les répondants qui la pratiquent déjà, ainsi que pour la plupart des répondants plus jeunes qui disent vouloir en profiter le moment venu. L'intérêt de cette pratique est de donner la possibilité aux infirmières de réduire leur temps de travail hebdomadaire tout en continuant de rester active jusqu'au moment de la prise de la retraite. Ce temps libéré leur permet de s'occuper de leurs petits enfants ou de leur famille ou encore de s'adonner à des loisirs, comme nous l'avons vu. A cette phase de leur parcours de vie, elles se sentent engagées dans l'organisation et ne

prévoient pas de quitter leur emploi mais d'y rester jusqu'à la prise de la retraite si leur santé est bonne.

> Le mentorat

Les répondants âgés des deux sexes ont montré un vif intérêt pour le mentorat des plus jeunes. Comme les répondants se sont accordés à le dire il s'agit d'un bon moyen pour transmettre ses connaissances, connaissances dont ont besoin les jeunes infirmières pour se sentir sécurisées. D'un autre côté, proposer ce type de pratiques, pour l'employeur, c'est reconnaître l'expérience de ces infirmières âgées en leur donnant la possibilité de jouer un autre rôle pour lequel la pénibilité sera moins grande, au sein de l'établissement. Ainsi se sentant valorisées et motivées, les infirmières noueront un engagement affectif et normatif qui pourrait les maintenir en emploi jusqu'au moment de la prise de la retraite.

La flexibilité des horaires

Si la flexibilité des horaires est mieux acceptée pour les infirmières cadre elle est plus difficile à accepter pour les autres infirmières dans un contexte d'ouverture des services de vingt quatre heures par jour, sept jours sur sept. Pour les premières, il s'agit d'un réel avantage qui leur procure beaucoup de satisfaction. Cependant pour les secondes des difficultés surgissent car leurs horaires ne sont pas toujours en adéquation avec l'horaire d'ouverture de crèches par exemple ou encore si l'enfant est malade et que l'école ou la crèche appelle sur le lieu de travail, la mère ou le père ne peut pas toujours quitter son travail. Ceci peut mener l'infirmière à s'absenter, en ne rentrant pas travailler si elle pressent que son enfant ne se sent pas bien, sachant qu'elle va avoir des difficultés à s'absenter une fois au travail. Ceci crée de l'insatisfaction puisque dans leurs perceptions les infirmières ne se sentent ainsi pas soutenues au niveau organisationnel. Ainsi l'engagement affectif et l'engagement normatif qui sont tous deux importants pour le maintien en emploi risquent d'être moins forts, voire de disparaître au fil du temps.

La formation continue (baccalauréat en sciences infirmières)

Bien que le baccalauréat puisse éloigner les infirmières du patient, nombreuses sont celles à avoir fait le choix de l'obtenir pour pouvoir concilier l'emploi et la famille/vie personnelle.

Ainsi, si elles ne trouvent pas de postes en adéquation avec leurs attentes et besoins personnels, elles ont la possibilité de chercher le poste qui leur permettra d'évoluer à l'interne de manière horizontale ou verticale, ou encore à l'externe, vers d'autres établissements. Ce sont donc les contraintes familiales qui sont en lien avec le comportement des infirmières. Comme le décrivent Deci et Reyan (1985), leurs motivations plutôt instrumentales (cherchent à éviter les conflits entre l'emploi et la famille) semblent s'apparenter à des motivations extrinsèques d'identification, leurs comportements étant reconnus par ellesmêmes comme un choix important.

> Le développement des connaissances

Le développement des connaissances a pour but, comme nous l'avons vu, de permettre aux infirmières d'être à jour, en tout temps, avec leurs connaissances et leurs compétences dans le but de donner un service de qualité. Il s'agit donc ici d'une motivation intrinsèque à l'accomplissement puisque le plaisir d'apprendre est lié à la recherche d'efficacité et de compétences (Vallerand et al., 1989) pour donner toujours de meilleurs soins. Du côté de l'employeur, en permettant aux infirmières de développer leurs connaissances, celui-ci démontre qu'il est prêt à investir dans leur développement, et tente d'établir une relation à long terme. Ceci peut donc avoir un impact sur l'engagement affectif et normatif (loyauté) des infirmières (Mowday et coll. 1979 cité dans Bettache, 2007).

> La reconnaissance

La reconnaissance est un facteur majeur agissant sur la motivation, la satisfaction et l'implication au travail, donc sur le maintien ou non en emploi des salariés. Comme nous l'avons vu dans les citations, les sources de motivation des infirmières viennent essentiellement du patient car c'est lui qui, par son feedback positif, reconnaît le travail des infirmières, la reconnaissance des supérieurs se faisant beaucoup plus rare. Ainsi nous revenons à l'engagement professionnel, thème central chez les infirmières, puisque c'est la reconnaissance que leur procurent les patients qui leur permet de traverser les difficultés et de les maintenir en emploi. Cependant si la reconnaissance des patients est importante tout au long du parcours professionnel, elle semble perdre de son poids avec l'âge car une partie des infirmières ne souhaite plus retourner en emploi après la prise de la retraite.

A l'inverse, nous avons aussi montré qu'un deuxième groupe d'infirmières projettent une seconde carrière après la prise de la retraite, carrière où les infirmières seraient maitres de leurs conditions de travail puisqu'elles choisissent de travailler, pour la plupart, de manière autonome dans le domaine de la santé. Pour ces infirmières, pouvoir décider de leurs propres conditions de travail (horaire de travail, charge de travail) représente le moteur de leurs motivations. Nous voyons ici toute l'importance d'obtenir des conditions de travail en lien avec les attentes et les besoins des infirmières en fin de parcours professionnel. Et l'on pourrait penser que si elles obtenaient des postes en lien avec leurs attentes, certaines reviendraient peut-être offrir à nouveau leurs services à leur organisation.

Ainsi, nous venons de montrer que les pratiques de gestion des ressources humaines en adéquation avec les besoins de la main d'œuvre changeants tout au long de leur parcours de vie ont la capacité d'influencer certains facteurs essentiels à l'engagement organisationnel (relation de confiance, soutien à l'égard de la conciliation travail-famille etc.).

5.7 L'importance des facteurs et parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières

L'examen des parcours de vie des infirmières nous a permis de montrer la forte interdépendance entre le champ de l'activité professionnelle et celui de la famille. En effet, les trajectoires professionnelles et personnelles imbriquées des femmes mettent en évidence un parcours discontinu dû essentiellement à la volonté de faire face à leurs responsabilités familiales et parentales. Ceci met en évidence un lien précis entre les trajectoires professionnelles et familiales pour les femmes, lien plus difficile à examiner ici pour les hommes, le milieu de travail fortement féminin se traduisant par un faible nombre de répondants de sexe masculin.

De manière générale les femmes s'inscrivent dans des trajectoires à temps partiel après la naissance des enfants, ce qui est rarement le cas chez les hommes (un homme âgé). Cependant le fait d'avoir profité du temps partiel a un impact sur la carrière des femmes qui devront se contenter, si elles veulent partir plus tôt, d'un fonds de pension restreint ou alors prolonger leur temps de travail afin de bénéficier d'un fonds de pension maximal. La dimension subi/choisi est également un élément important dans la discontinuité des carrières professionnelles des infirmières, carrières qui semblent s'apparenter, pour ces professionnelles, à celles des «carrières nomades» puisqu'en raison des tensions de rôle et de

la surcharge de travail, elles sont amenées à revoir de manière choisie mais parfois aussi de manière contrainte, leur évolution professionnelle.

Si le modèle des ancres de carrière de Schein (1978-1996) nous a permis de mettre en lumière les motivations et les valeurs des infirmières dans leur parcours de vie, en revanche tout comme Lévy-Leboyer et al. (2006) et Martineau et al., (2005), nous n'adhérons pas au postulat que chaque individu ne possèderait qu'une ancre dominante au cours de sa carrière. Effectivement, dans le cas du groupe professionnel des infirmières, il apparaît que plusieurs ancres peuvent se côtoyer, en fonction du moment où elles sont rendues dans leur parcours de Ainsi, en début de parcours professionnel lorsqu'elles n'ont pas d'enfant, l'ancre dominante semble être celle du «dévouement à une cause», puis lorsqu'elles deviennent mères et cherchent à concilier l'emploi et la famille et de même lorsqu'elles vieillissent et cherchent à concilier l'emploi et la vie personnelle, s'ajoute l'ancre «qualité de vie». Ces deux ancres semblent être tout aussi dominantes l'une que l'autre, comme l'ont montré les propos des infirmières. Une troisième ancre d'«autonomie/indépendance» s'ajoute encore aux deux autres, pour les infirmières qui font le choix de devenir professionnelles autonomes après la prise de la retraite. En effet, travailler dans le domaine de la santé de manière autonome après la retraite, c'est choisir son rythme de travail, ce qui permet de concilier celui-ci avec sa vie personnelle. En somme, les propos des infirmières ont montré que tout au long du parcours de vie, en fonction des valeurs, des attentes des individus, les ancres peuvent changer et être multiples.

Selon Super (1975) le développement de la carrière est un processus continu et progressif qui s'échelonne sur quatre grandes étapes : l'exploration, la maitrise, la maintenance et le désengagement. Le découpage de la carrière en grandes étapes successives proposé par Super (1957) (exploration, maitrise, maintenance, désengagement) ne semble pas non plus correspondre aux propos des infirmières.

En effet, comme nous l'avons vu, dans le but de concilier l'emploi et la famille, plusieurs infirmières ont fait le choix de passer leur baccalauréat en sciences infirmières, ce dernier devant leur permettre d'accéder à des postes leur procurant de meilleures conditions de travail (horaires et parfois une certaine flexibilité des horaires). Ainsi elles ont changé de poste, de secteur ou d'établissement plusieurs fois dans leur parcours de vie professionnelle, lorsque leur emploi n'était pas en lien avec leurs aspirations personnelles. Leur

comportement montre qu'à tout âge les individus peuvent se retrouver à l'étape de désengagement pour se retrouver une nouvelle fois à l'étape d'exploration par la suite. Ainsi alors qu'elles se trouvaient à l'étape de désengagement relativement jeunes, leurs aspirations n'étaient pas satisfaites et elles se mettaient à la recherche d'un travail plus motivant. Ceci semble bien mettre en cause le découpage de la carrière en quatre étapes successives et linéaires; tout d'abord les âges liés aux étapes peuvent varier comme nous l'avons vu, mais aussi, des retours à l'étape d'exploration sont possibles en milieu et en fin de carrière.

Nous avons aussi vu que lorsque l'emploi des infirmières (femmes) n'était pas en lien avec leurs aspirations personnelles, en l'occurrence concilier l'emploi et la famille, elles changeaient d'emploi, de secteur ou d'établissement. Ainsi, au moment où elles cherchent un nouvel emploi, elles se trouvent à l'étape du désengagement puis lorsqu'elles obtiennent un emploi qui répond à leurs souhaits, elles se situent à nouveau à l'étape d'expérimentation (étape située entre 20 et 26 ans selon Kets de Vrie et Miller, 1985). Il en est de même concernant les infirmières (hommes et femmes) qui se préparent une nouvelle carrière après la prise de la retraite officielle. En revanche alors que les aspirations féminines portent sur le besoin de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle, les aspirations masculines ne semblent pas être autant liées à la sphère familiale. Ainsi, nous voyons que le mode séquentiel qui énonce qu'il faille passer par une étape pour atteindre l'autre (Super, 1975) ne s'applique apparemment pas aux infirmières, d'autant plus qu'il y a parfois des retours sur l'étape d'exploration. De plus, comme le soulignent Hall et Goodale (1986) il n'y a pas d'automatisme entre l'âge et l'étape de vie professionnelle puisque les carrières sont fragmentées, discontinues. Notre recherche montre que cet automatisme n'est pas présent non plus entre le genre et l'étape de vie puisque d'une part certaines femmes peuvent avoir des enfants beaucoup plus tardivement et que d'autre part, alors que celles qui sont plus âgées peuvent tout comme les hommes se bâtir une nouvelle carrière.

Notre recherche illustre aussi toute la complexité et la spécificité des carrières féminines, les femmes orientant, tout au long de leur parcours de vie, les différents aspects de leur vie, afin de trouver la « mosaïque » qui corresponde le mieux, à un moment donné, à leurs besoins fortement liés à la famille comme nous l'avons vu. Pour reprendre les paramètres de carrière

fondamentaux²⁰ de Mainiero et Sullivan (2005), avant la venue des enfants les infirmières semblent s'inscrire dans les paramètres d'«Authenticity» et de « Challenge» (authenticité et défis); lorsqu'elles sont mères le paramètre «Balance» (équilibre) est dominant et ceux d' «Authenticity» et de « Challenge» sont moins prégnants; en fin de carrière concernant un groupe d'infirmières, ce sont les paramètres d'«Authenticity» et de « Balance» qui sont importants puisque jusqu'à la prise de la retraite les infirmières répondent toujours à un idéal moral tout en se désengageant progressivement (retraite progressive), alors que pour l'autre groupe ce sont les paramètres d' «Authenticity», de «Challenge» et de «Balance» qui sont mis en œuvre, car en construisant leur nouvelle carrière, de manière autonome, elles montrent qu'elles sont toujours animées par les défis, que leur choix de travail est en accord avec leurs valeurs, et qu'il ne tiendra qu'à elles de faire en sorte d'équilibrer la sphère professionnelle et personnelle. Les mosaïques des femmes montrent que ce sont les éléments familiaux au sens large qui fragmentent les parcours professionnels, comparativement aux hommes qui privilégient d'abord leur carrière. A présent passons aux résultats de la catégorie des professionnels de la réadaptation physique.

²⁰ Les choix que les femmes effectuent en matière de carrière et de vie s'inscrivent dans la réponse aux questions suivantes : Authenticity: Can I be myself in the midst of all of this and still be authentic? Balance: If I make this career decision, can I balance the parts of my life well so that there can be a coherent whole? Challenge: Will I be sufficiently challenged if I accept this career option? Lisa A. Mainiero, L.-A., and Sullivan, S.-E (2005) «Kaléidoscope Carrers: An alternate explanation for the "Opt-Out" revolution» _ Academy of Management Executive, 2005, Vol. 19, No. 1, p.113.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES PROFESSIONNELS

Introduction

En nous appuyant sur les réponses des professionnels de réadaptation physique, nous revenons ici sur les quatre questions qui guident notre recherche. Ainsi, dans une première section nous décrivons le milieu professionnel des répondants, dans une seconde section nous présentons le portrait des répondants. Les sections suivantes portent plus directement sur nos questions de recherche. Ainsi dans une troisième section nous traitons des difficultés que vivent les répondants pour concilier leur emploi et leur vie familiale. Nous examinons également à quel moment du parcours de vie ces difficultés se présentent et s'il y a des différences selon l'âge et le genre. Dans une quatrième section nous identifions les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail offertes aux répondants ainsi que leurs préférences concernant ces mesures. En l'absence de stratégie de contournement concernant les professionnels, ce point ne sera pas traité dans cette partie. La cinquième section présente un certain nombre de mesures que nous avons proposées aux répondants dans le but de connaître le type de mesures qui les intéresse le plus. Puis nous examinons les effets des pratiques sur la satisfaction, la motivation, l'engagement, la rétention. Pour finir dans une sixième section, nous mettons en évidence l'importance des facteurs et des parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières.

Ce chapitre présente donc les résultats de notre recherche pour le groupe des professionnels de réadaptation physique. Dans le prochain chapitre, nous présentons le groupe des paramédics, puis ensuite les perceptions des DRH et des syndicats des trois groupes examinés. Pour finir la partie discussion portera sur la comparaison des trois groupes étudiés dans laquelle nous montrons que les mesures de conciliation emploi-famille/vie personnelle ont une incidence positive sur la satisfaction, l'engagement et la rétention de cette main d'œuvre lorsqu'elles sont en adéquation avec les besoins du personnel tout au long du parcours de vie. De plus, par l'examen des concepts et théories des carrières nous montrons que dans le contexte de pénurie de main d'œuvre, le besoin de revisiter certaines théories est avéré.

6.1. Description du milieu professionnel des professionnels de réadaptation physique

Concernant le milieu des professionnels, nous avons sollicité plusieurs établissements de réadaptation dont deux ont accepté de mener cette recherche avec nous. Notre choix était motivé par le fait que les centres de réadaptation semblent être les établissements les plus à même d'offrir une grande concentration de professionnels de santé.

Ainsi, lors des différentes entrevues avec les professionnels des deux établissements, nousavons rencontré diverses professions de la réadaptation physique : quatre ergothérapeutes dont un a aussi en charge la coordination clinique à temps partiel, deux kinésiologues, un physiothérapeute, un coordonnateur clinique, une adjointe clinique aux ressources résidentielles, un gestionnaire, un gestionnaire développement et formation, ainsi qu'une agente RH, soit 12 répondants.

6.1.1 Le mandat des professionnels de la santé

Les professionnels de rééducation et de réadaptation physique que nous avons rencontrés interviennent auprès d'une clientèle qui éprouve des difficultés physiques, psychologiques et sociales. Leur rôle consiste principalement à évaluer les déficiences et les incapacités de leurs clients, à établir un traitement et à pratiquer les actes qui permettront aux clients d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. L'objectif est de réintégrer les clients dans leur milieu familial et professionnel le plus rapidement possible. Nous présentons ci-dessous quelques citations de professionnels concernant leur rôle auprès des clients.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant : «Je les aide à intégrer la marché du travail, à réintégrer leur domicile, je trouve des stratégies pour compenser leurs difficultés et j'enseigne la gestion d'énergie... c'est ça en gros.»

Femme, 20-44 ans, sans enfant: «Mon rôle c'est vraiment de gagner les fonctions motrices musculosquelettiques de la personne ... on va travailler à voir jusqu'où on peut pousser pour que les muscles reprennent leur travail comme il faut, ... donc il y a un entrainement pré et prothétique aussi car il faut qu'ils apprennent à marcher avec cette nouvelle prothèse là aussi.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Mon métier c'est de faire de la réadaptation globale chez une personne qui a eu des blessures physiques ou chroniques en

faisant faire des exercices physiques cardio-vasculaires, musculaires, on essaie d'améliorer les conditions corporelles, modifier la perception du schéma corporel chez les personnes.»

Le mandat de ces professionnels revêt donc une importance majeure dans le sens où il doit permettre le retour et le maintien à domicile des clients accidentés ou atteints de maladie ainsi que l'intégration socioprofessionnelle de ceux-ci.

6.1.2 La pénurie de main d'œuvre

La main d'œuvre en réadaptation physique occupe une place importante au sein du réseau de la santé et des services sociaux. L'évolution en nombre de ces professionnels est essentiellement liée au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'espérance de vie, à la diminution de la durée des séjours en établissements de santé (virage ambulatoire) et à la prévention comme moyen de réduire les dépenses de santé.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Il y a eu une très grosse croissance puisqu'on a triplé le nombre d'employés depuis 10 ans.»

Homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «En 93, on était 3 éducateurs physiques et vingt ans plus tard on est 15 détenteurs de poste, ça a quintuplé la profession.»

Si, de manière générale, les différentes professions de réadaptation ont besoin d'acquérir de nouvelles recrues, il semble que selon nos répondants les professions d'ergothérapeute et de physiothérapeute souffrent davantage de pénurie de main d'œuvre :

Homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «Beaucoup de professions reliées à la santé, 10 professions je crois sont en pénurie, la demande est grande. Maintenant l'ergothérapie est aussi une profession en pénurie.»

Femme, 20-44 ans, sans enfant : «Ça fait 6 mois que les RH essaient de contrer la pénurie en physiothérapie.»

6.1.3 La formation des répondants

Concernant la formation des professionnels de la santé rencontrés, trois professionnels possèdent une maitrise (psychologie, gestion et ergothérapie), huit autres ont un baccalauréat (activités physiques, droit, ergothérapie, physiothérapie) et un professionnel est détenteur d'une attestation en gérontologie ainsi que d'un programme cours en gestion. De manière générale tous nos répondants détiennent une ancienneté de 10 à 22 ans, hormis une personne qui travaille au centre de réadaptation, depuis deux ans. Ainsi, alors qu'aujourd'hui le niveau de formation des nouveaux étudiants en ergothérapie et en physiothérapie requiert une maitrise, l'ancienneté de ces professionnels leur permet de continuer à pratiquer avec leur diplôme d'origine.

Homme, 20-44 ans, 2 enfants: «J'ai un baccalauréat universitaire parce que je suis là depuis 15 ans qui est maintenant au niveau maitrise, avant c'était au niveau baccalauréat.»

A présent, pour accéder à cette profession, les étudiants doivent donc suivre le programme intégré de Baccalauréat-maitrise professionnelle en physiothérapie ou un Baccalauréat-maitrise professionnelle en ergothérapie.

6.1.4 Les caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques des personnels des deux établissements étudiés montrent que la majorité des professionnels sont des femmes et que l'âge moyen est de 40 ans.

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «On a à peu près 85% de la main d'œuvre qui est féminine...il y a du personnel vieillissant mais ce n'est pas la majeure.»

6.2 Portrait des répondants

Préalablement à la présentation des répondants, nous rappelons ci-dessous, le calendrier des entrevues effectuées.

Tableau 1. Calendrier des entrevues

Établissements	Date et lieu des entrevues	Type de questionnaire		
Centre de réadaptation n°1	10 janvier 2011 : 5 entrevues réalisées au Centre	Grille d'entretien composée d'une partie qualitative et quantitative.		
Centre de réadaptation n°2	22 et 24 février 2011 : 7 entrevues réalisées au Centre	Grille d'entretien composée d'une partie qualitative et quantitative.		

Examiner la rétention de la main d'œuvre, exige de connaître les caractéristiques sociodémographiques du personnel qui la compose. De même, ces éléments d'information sont primordiaux lorsque l'on examine les parcours de vie des individus. Ainsi, les caractéristiques personnelles (âge, genre) mais aussi les contraintes familiales caractérisées par la présence d'enfants, le nombre d'enfants, l'âge des enfants, la prise en charge d'un aîné, la situation familiale (célibataire, marié, monoparental, divorcé) permettront de situer la cause des «tournants» des individus dans le temps. C'est donc à partir de ces caractéristiques que nous comprendront les enjeux de conciliation emploi-famille qui poussent les individus à opérer parfois des «tournants» ou des transitions tout au long de leur parcours professionnel. Nous présentons dans le tableau ci-dessous les caractéristiques des répondants des deux établissements : genre, âge, situation familiale, horaires de travail et second emploi.

Tableau 2. Caractéristiques familiales des répondants et horaires de travail

	Sexe	Âge	Situation familiale	Âge des enfants	Horaires de travail	Second emploi
Établissement 1.	Н	20-44 ans	Marié -	3 mois, 3 ans et 5 ans	4/28 ²¹	Public Enseignement
	F	20-44 ans	Conjoint de fait	4 et 6 ans	4/28	
	F	20-44 ans	Mariée	11, 9 et 6 ans	4/28 ²²	Public Enseignement
	F	20-44 ans	En couple	/	5/35 ²³	
	F	45-60 ans et plus	Divorcée	/	5/35 ²⁴	
Établissement 2.	Н	20-44 ans	Marié	12, 10 et 6 ans	4/32	Privé Cabinet
	F	20-44 ans	Mariée	2 et 5 ans	4/32	
	F	20-44 ans	Monoparentale	19 ans	4/32	
	Н	20-44 ans	Marié	9 et 6 ans	4/32	
	F	20-44 ans	Mariée	12 ans	4/32	
	Н	45-60 ans et plus	Conjoint de fait	20 et 17 ans	5/35 ²⁵	
II. 1	F	20-44 ans	Conjoint de fait	6 et 9 ans	4/32	

H: hommes, F: femmes

L'organisation par genre et par tranches d'âge nous permet de recouvrir l'amplitude de la diversité des âges ainsi que celle du genre dans le but d'aller chercher les préférences et les attentes des plus jeunes et des plus âgés aux prises avec la problématique de la conciliation travail-famille/ vie personnelle et celle des fins de carrière.

Ainsi, concernant les professionnels de la santé nous avons interviewé 3 hommes dans la tranche d'âge des 20-44ans et 7 femmes dans cette même tranche d'âge. Pour les plus âgés nous avons rencontré 1 homme dans la tranche d'âge de 45-60 ans et 1 femme dans cette même tranche d'âge, car il y en avait peu de ce groupe d'âge. Nous constatons que le milieu

²¹ L'horaire de 4/28 correspond à 28 heures de travail par semaine, réparties sur quatre jours.

²² Cette répondante travaille sur un horaire de 4/28, mais possède un poste de cinq jours.

²³ L'horaire de 5/35 correspond à 35 heures de travail par semaine, réparties sur cinq jours.

Cette répondante travaille la 5^{ème} journée chez elle.
 Ce répondant souhaite changer d'horaires pour passer en 4/32, mais il ne pourra le faire qu'en septembre

des professionnels de réadaptation physique représente une main d'œuvre à prédominance féminine et plutôt jeune.

La majorité des répondants vivent en couple à l'exception d'une jeune femme qui est monoparentale et d'une femme plus âgée qui est divorcée.

De manière générale nous remarquons que la majorité des répondants ont encore à charge plusieurs enfants de 12 ans et moins. On pouvait donc penser qu'il s'agirait d'une population aux prises avec la conciliation travail-famille et de fait, leur témoignage mettra en lumière les difficultés vécues ainsi que leurs attentes en matière de conciliation travail-famille leur permettant de poursuivre au mieux leur carrière.

Notons que tous les répondants des deux établissements travaillent sur un quart de jour, bénéficiant d'horaires standards. Concernant l'établissement 1, les répondants travaillent pour la majorité à temps partiel, sur des horaires de 4 jours-28 heures, hormis une jeune femme et une femme plus âgée qui exercent sur des horaires de 5 jours-35 heures, la répondante plus âgée exerçant cependant la 5ème journée à la maison. En ce qui concerne l'établissement 2, tous travaillent à temps complet, sur des horaires comprimés de 4 jours-32 heures. Une personne travaille sur des horaires de 5 jours-35 heures. Le fonctionnement des horaires de travail sera expliqué plus loin. Selon les répondants des deux établissements, de manière générale, l'établissement 1 emploie de nombreux professionnels à temps partiel, comparativement à l'établissement 2 qui n'en possède que très peu.

Concernant les deux établissements confondus, nous notons également qu'un quart des employés détient un second emploi, dans le privé (cabinet) ou dans le public (enseignement). Concernant l'établissement 1, il s'agit de 2 employés sur 5 et pour le second établissement 1 employé sur 7 est concerné. A ce sujet, un répondant souligne:

Homme, 20-44 ans, 3 enfants «On est 85 cliniciens de l'extérieur à l'université et il y en a au moins 20 qui viennent du centre ici.»

6.3. Entrée des répondants dans le milieu professionnel

Dans cette section nous examinons les motifs de l'entrée dans la profession de réadaptation physique de nos répondants. Ainsi, nos questions concernaient : la vocation professionnelle ou autre, l'influence ou non de la famille et de l'entourage quant au choix de la profession, le lien existant ou non entre les études et la profession. En effet, comme nous l'avons vu les milieux de travail examinés sont plutôt féminins et composés de jeunes répondants qui peuvent avoir d'importants besoins de conciliation entre l'emploi et la famille et par ce fait, les motifs d'entrée dans la profession peuvent avoir une influence pour demeurer ou quitter l'emploi si celui-ci ne répond pas à leurs aspirations.

Nous présentons ci-dessous, quelques propos en lien avec la vocation.

> Vocation ou mission?

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Ma profession est une vocation; travailler auprès des patients, on les voit dans leur intimité, on est assez proche là.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants «C'est une vocation, je pense que pour travailler avec les humains surtout démunis, ça prend une vocation, il faut être à l'écoute, donner beaucoup.»

Bien qu'ayant choisi sa profession et aimé son métier, cette répondante souligne l'importance du côté instrumental de sa profession.

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Non ce n'est pas une vocation, j'aime ce que je fais et j'ai fait le choix de faire ce que je fais pour avoir les moyens financiers pour vivre... si j'avais les moyens financiers je m'amuserais à apprendre toutes sortes de chose, faire du bénévolat... Je ne ferais pas de choses où il y a des contraintes.»

Les propos de la citation ci-dessous montrent que la profession n'était pas une vocation pour cette répondante, qui est passée d'un emploi de préposée aux bénéficiaires à un poste de gestionnaire.

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Non ce n'est pas une vocation, plutôt une mission. Je rencontre des résidents mais ce n'est pas un don ou un oubli de soi c'est plus un vrai intérêt; le fait que j'ai changé d'emploi le montre bien.»

Ainsi, deux tiers du groupe des professionnels (âges et sexes confondus) parlent en termes de vocation en expliquant avoir fait le choix de cette profession pour la relation d'aide à autrui. Cependant nous ne relevons dans aucune entrevue des faits montrant que la vocation est ancrée au fond d'eux mêmes depuis toujours, comme c'est souvent le cas pour d'autres personnels relevant des professions de santé, en particulier les infirmières, selon nos entretiens. Concernant l'autre tiers des professionnels, il s'agit plutôt d'une mission parfois influencée par le côté instrumental de la profession.

6.3.1 Influence dans le choix de la profession

Hormis deux répondants qui disent ne pas avoir été influencés dans le choix de leur profession, les autres professionnels évoquent l'influence familiale et l'identification à un membre de la famille (père médecin, mère infirmière, cousine qui fait des études de médecine) dans le choix de leur profession :

Homme, 20-44ans, 2 enfants: «Mes parents ont influencé mon choix initial et j'avais une cousine en médecine et je me suis dit, je vais aller en santé et je suis tombé dans la case ergothérapeute.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Oui un modèle familial plus ou moins car mon père est médecin mais il n'y a pas d'ergothérapeute dans ma famille.»

Une répondante rappelle la lourdeur du poids de la tradition à son époque quant aux choix des professions proposées aux filles :

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfant «Quand je suis sortie de l'école il y avait trois choix : secrétaire, religieuse ou infirmière (rire) j'ai choisi secrétaire et c'est parti comme ça dans ma vie!»

Parfois le choix de la profession peut aussi être provoqué par l'entremise de l'université :

Femme, 20-44ans, 1 enfant: «Moi, ça a toujours été la santé qui m'intéressait j'avais appliqué en physio mais j'ai été acceptée en ergo et après je me suis rendue compte que c'était ce qui m'allait.»

Ces quelques citations sont représentatives des différentes influences des choix de profession de nos répondants quelque soit le sexe ou l'âge.

6.3.2 Entrée en lien avec les études

Pour la majorité des répondants la profession exercée est en lien avec les études. Quelques répondants disent que leur métier aujourd'hui n'est plus en lien avec leur formation initiale, s'étant vu offrir des postes en gestion qu'ils ont acceptés.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Je suis arrivée ici comme préposée aux bénéficiaires pendant une dizaine d'années... il y a 1 an et demi presque 2 ans on m'a offert un poste de gestionnaire temps plein. Comme j'étais très impliquée au niveau formation, avec le syndicat et je travaillais beaucoup avec les RH, ils ont vu que j'avais des aptitudes alors j'ai passé des tests, des entrevues et j'ai obtenu le poste de gestionnaire. Ça a été vraiment un beau cadeau!»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «J'ai une formation en travail social...j'ai occupé cette profession pendant 11 ans au centre, et depuis 1 an j'ai un poste cadre d'adjointe au programme des ressources résidentielles.»

Ici nous voyons que si la vocation caractérisée par la relation d'aide est présente pour de nombreux professionnels, des personnes saisissent l'opportunité d'évoluer vers d'autres métiers. En effet, la seule présence de l'évolution verticale dans les métiers fait en sorte que certains professionnels saisissent les opportunités d'évolution proposées par les établissements pour démarrer une nouvelle carrière, en gestion par exemple.

L'ensemble des propos des répondants en lien avec leur entrée dans le milieu professionnel montre que, bien que la relation d'aide soit présente chez les professionnels de la réadaptation (âges et sexes confondus), il semblerait qu'on puisse noter une oscillation entre «vocation» et «profession». L'engagement à la dimension de «care» si cruciale chez les infirmières, semble l'être moins pour certains jeunes professionnels de réadaptation.

6.4 Les sources des difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Tout au long de leur parcours de vie, les professionnels font face à différentes sources de difficultés que nous avons identifiées. Voyons ci-dessous quelles sont les sources de difficulté que rencontrent les professionnels.

Un «tournant» dans le parcours de vie en lien avec les conflits de rôles entre l'emploi et la famille

De manière générale, toutes les mères que nous avons rencontrées ont bénéficié d'un congé parental et ont repris leur travail ensuite, à temps partiel, à raison de 3 ou 4 jours par semaine. Les pères ne semblent pas avoir profité du congé parental pour diverses raisons (soit il n'existait pas à leur époque, ou l'épouse travaillait dans le privé); cependant quelques-uns nous ont dit avoir pris le congé de paternité de 5 jours. Le fait d'avoir des enfants en bas âge est également soulevé par de nombreux répondants comme étant une difficulté dans la conciliation des responsabilités familiales et professionnelles, donc une contrainte au bon déroulement de la carrière.

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Quand j'ai eu mes enfants j'ai pris mon congé parental 1 an, puis un temps partiel mais c'était un congé sans solde à temps partiel. Ils me l'on accordé 3 ans alors que j'y avais droit 1 an. Je travaillais 3 jours semaine, 7 heures par jour.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Je bénéficie depuis plusieurs années, suite à mon dernier congé de maternité d'il y a 5 ou 6 ans, d'un horaire à 4 jours semaine ... j'arrive à la maison à la fin des classes puisque je termine à 3h30.»

Homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Moi je n'ai pas eu accès à un aménagement du temps de travail. A l'époque, j'ai eu 5 jours pour la naissance de mon fils.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants : «Ma femme n'avait pas le droit au congé parental parce qu'elle est dans le privé donc je n'ai pas pu le prendre non plus, j'ai juste pris les 5 jours de congé de paternité.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «C'est sûr que faire ce travail-là avec un enfant petit, je trouverais ça très difficile, moi quand j'ai commencé ici mon fils était grand. A l'époque, je faisais un poste de 25 heures, parfois du temps plein 37 heures, je le mettais en garderie et c'était aussi des gardiennes. A 42 ans, j'aurais beaucoup de difficultés de faire mon travail avec un enfant petit.»

De manière générale, les perceptions des professionnels montrent que, tout comme les infirmières, les conflits de tension entre les rôles (mère et professionnelle) ont amenés les femmes à revoir leur évolution professionnelle. De plus, la notion de tournant met en relief le marqueur temporel lié à la naissance des enfants immédiatement suivi par un désengagement temporel (réduction du temps de travail) qui semble se poursuivre durant

plusieurs années. Ceci met en relief la discontinuité des carrières féminines, les carrières masculines étant plus linéaires.

> La complexité de la nouvelle clientèle comme facteur de stress

L'ensemble des répondants des deux établissements ont soulevé des difficultés liées à un contexte en perpétuelle mouvance. En effet, dans un contexte de coupures budgétaires, de privatisation de certains services et de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, la charge de travail s'est accrue et les conditions de travail se détériorent. Ainsi, le terme «stress» est récurrent dans toutes les entrevues et est souvent lié à la charge de travail. Passons à l'examen des facteurs attachés au stress dans ces établissements.

Les citations ci-dessous montrent que sous l'impulsion gouvernementale, la clientèle des établissements de réadaptation physique a changé. En effet, comme le soulignent tous les répondants, la charge clinique intègre aujourd'hui des cas de santé physique mais aussi des cas relevant d'aspects psychosociaux, de misère sociale. De plus, l'impatience des clients à recevoir des services, la rationalisation du temps imparti pour les services aux clients sont des facteurs de stress et d'atteintes psychologiques chez les répondants.

Homme, 20-44 ans, 2 enfants: «C'est plus lourd que c'était, on nous demande plus de résultats... une grosse différence c'est la complexité de la clientèle. Auparavant, il y a 10 ans environ, on se retrouvait davantage vers des cas de personnes en perte d'autonomie. Là on se trouve avec des personnes qui ont des aspects autres que physiques mais beaucoup plus de psychosociale, beaucoup plus de santé mentale, beaucoup plus de misère sociale aussi qu'auparavant. Dans un contexte où on est un programme qui s'occupe de la locomotion uniquement c'est plus difficile, les clients sont plus difficiles, plus demandants, plus difficiles à cerner car on les voit qu'une heure, une heure trente...est-ce que c'est parce qu'il y a moins de services en amont, je ne sais pas.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants «La pénibilité oui pas physiquement c'est plus psychologiquement que c'est lourd. Il y a eu un changement dans la santé...les patients sont informés, les familles sont informées un peu n'importe comment, puis il y a beaucoup de pression par rapport à comment intervenir, il y a des gens qui n'acceptent plus d'être en attente, ils veulent avoir des services tout de suite. Des fois, il y a des gens qui sont en psychiatrie qui viennent pour des services en neurologie, nous on n'est pas des experts en santé mentale on est des experts en santé physique et ces patients sont de plus en plus lourds, ils sont retournés à domicile alors qu'avant ils étaient en institution, tout ça ça a complexifié la charge clinique, ça oui c'est très pénible parfois.»

> La pénurie de main d'œuvre comme facteur de stress

La pénurie d'effectifs et la difficulté de remplacement du personnel constituent des contraintes au bon fonctionnement des services à la clientèle.

Femme, 20-44 ans, sans enfant: «On n'a pas de temps on dirait que tout tourne autour de cela, si on avait plus de temps tout roulerait mieux. Ça fait 6 mois que les RH essaient de contrer la pénurie dans le programme, il nous manque un professionnel dans notre programme parce qu'actuellement on a deux personnes en congé maternité. On a une équipe volante de deux personnes une physio, une ergo qui se promènent de programme en programme selon les besoins, ça fait 2 ans que les deux sont là.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «La charge de travail parfois ça peut être un problème car il y a des pénuries de main d'œuvre. La pénibilité... je pense que ce n'est pas des tâches pénibles au niveau physique mais c'est plus du stress quand on a des gens qui vivent des situations difficiles, quand on s'occupe de 25 personnes et qu'il faut faire des priorités.»

Femme, 20-44 ans, sans enfant: «Les pauses ont les prend pratiquement pas parce qu'il faudrait travailler beaucoup plus d'heures pour être capable de faire l'ouvrage, on veut faire le travail bien mais avec le nombre de clientèle qu'on a, avec les cas qu'on a, faudrait donner beaucoup plus de temps... puisqu'on ne l'a pas... oui c'est un bel horaire 8h30-4h30 mais on n'a pas assez de temps pour faire ce qu'on aimerait faire.»

Bien que l'on note l'insatisfaction liée à la charge de travail qui permet de moins en moins d'être à l'écoute des patients, les professionnels semblent résigner à accomplir leurs tâches dans les horaires qui leur sont attribués. Cette insatisfaction peut avoir une incidence sur l'engagement affectif qui peut se substituer à l'engagement de continuité qui, s'il est la principale cause du maintien dans l'organisation, peut s'avérer négatif.

> Un environnement instable comme facteur de stress

L'intensification de la clientèle ainsi que sa complexité, l'instabilité liée aux nombreux mouvements des cadres et la peur de ne pouvoir fournir des soins de qualité posent des questionnements et empêchent les professionnels de travailler sereinement.

Homme, 20-44 ans, 2 enfants: «Il ya des hauts et des bas. En ce moment ce n'est pas le plus haut, on a beaucoup de charge de travail, une situation tendue face à l'ordre..., notre chef de programme qui quitte, pas mal de mouvements, ce n'est

pas la plus grande stabilité en ce moment, les membres de l'équipe sont stables, la plupart sont là depuis longtemps mais c'est l'environnement qui n'est pas stable.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Le climat est plus difficile depuis la dernière année car il y a eu beaucoup de bouleversements qui ont amené beaucoup de changements dans le travail. Alors il y a beaucoup de questions, qu'est ce qu'on fait comme modalités d'intervention, comment on voit plus de clients tout en étant plus efficaces. On voit beaucoup de clients et la qualité de nos services n'est pas mise de côté mais on a peur de ne pas donner de la qualité. On n'a pas envie de reproduire ce qui se passe dans le privé, on a envie que les services soient plus individualisés, soit plus centrés sur la personne, sur les besoins. Alors comment desservir cette grande clientèle en donnant de la qualité…»

L'impact de la décision du professionnel sur l'avenir du client comme facteur de stress

La décision que prendra le professionnel quant au retour du client sur le marché du travail peut avoir un impact important sur la vie du patient. Ainsi, les répondants se questionnent sur la pertinence des décisions prises face à une importante charge de travail pour laquelle ils ne bénéficient pas forcément de temps, ni même des moyens nécessaires pour l'accomplir.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Le seul élément que je trouve difficile c'est le niveau du stress mais pas par l'atmosphère. On travaille avec des agents payeurs SAAQ, SSST, et avec ma profession j'ai à documenter le volet travail, ça joue beaucoup dans le rôle du client à long terme, j'ai à donner mon opinion sur sa capacité de travail, c'est stressant ça.»

Homme, 20-44 ans, 2 enfants: «On nous demande de faire plus avec moins, plus rapidement, et avec des clientèles de plus en plus lourdes. Dans un contexte où on est dans un programme où on fait que du ponctuel, on les voit qu'une fois, notre décision aura un tel impact sur leur vie au complet que c'est presque comme si on faisait le travail du CLSC, ce qui n'était pas le cas il y a 10 ans en tout cas.»

Afin de faire face à l'intensification ainsi qu'à la complexité des cas cliniques, les professionnels de santé n'ont pas d'autre choix que de rationaliser le temps consacré aux clients. Ceci a non seulement un impact sur la santé mentale des répondants mais également sur le sens de leur propre profession ce qui pourrait les amener à s'absenter ou à ne plus souhaiter demeurer en emploi.

> L'insuffisance de communication et l'absence de participation aux décisions comme facteur de stress

L'insuffisance de communication entre les différentes directions d'un même établissement, une certaine «déconnection» des ressources humaines avec les réalités de terrain vécues par les professionnels, le manque de communication bidirectionnelle (direction-professionnels) dans l'avancement de projet et la concertation concernant la prise de décisions, qui a tendance à s'amoindrir voire à disparaître, sont des facteurs de stress pour les professionnels.

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfant: «La communication entre les directions, des fois on travaille en silo, il peut se passer quelque chose et l'autre direction ne le sait pas... il y aurait plus de richesse de se communiquer plus ce qu'on fait, il y des affaires si on le savait...des fois on pourrait travailler plus ensemble..»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «C'est la communication avec les RH, les demandes reçues... j'ai l'impression que tout le monde est débordé, les gestionnaires n'ont peut-être pas conscience que la clientèle s'est alourdie tout au long des années...peut être qu'en travaillant dans la paperasse, ils sont déconnectés de la réalité.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Il y a des fois on n'est pas d'accord...on a pondu un document et on l'a envoyé en haut à la direction. Ils étaient supposés donner suite mais ça fait plusieurs mois et on n'en entend pas parler. Ils prennent une décision et ils ne nous consultent plus, ça va pas dans les deux sens la communication.»

Ainsi les propos des professionnels associent l'augmentation du stress à l'accroissement de l'intensité du travail qui a, comme nous venons de le voir, des répercussions sur la satisfaction des professionnels.

> Les liens entre les difficultés et la rétention des professionnels

Dans cette sous-section nous cherchons à identifier les liens entre les difficultés rencontrées par les professionnels et les possibilités de rétention de celles-ci. Dans notre chapitre sur la théorie de la reconnaissance, nous avons vu que de manière générale les salariés cherchent à être reconnus en tant que personne, pour leurs efforts fournis, pour leurs compétences ainsi que pour leurs résultats. De plus, la reconnaissance est un facteur majeur agissant sur la motivation, la satisfaction et l'implication au travail, donc sur le maintien ou non en emploi des salariés.

> La reconnaissance, facteur de rétention?

Outre les avantages sociaux, les mesures de reconnaissance au travail peuvent également avoir une influence sur la rétention des employés. Ainsi afin de valoriser les professionnels, les deux établissements proposent un système de reconnaissance. L'établissement 1 a mis en place un gala de la reconnaissance et l'établissement 2, une journée du personnel avec un prix reconnaissance (non-monétaire). Au-delà de ces pratiques ponctuelles, selon les répondants, la reconnaissance est donnée de manière générale par les clients, les supérieurs et les collègues entre eux. Plusieurs répondants ont ajouté que dans le réseau de la santé, il ne fallait pas s'attendre à beaucoup de reconnaissance des patrons... Voyons quelques citations sur le sujet :

La reconnaissance des collègues

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «On a facilement de la rétroaction des collègues de travail, t'as fait un bon travail tu devrais t'arrêter un peu t'es fatiguées... il y toujours une reconnaissance qui est là.»

> La reconnaissance des patients mais aussi du salaire

Homme, 45-60 ans et plus «La reconnaissance, c'est le client qui vient me dire merci après1 an ou 5 ans, c'est de la reconnaissance. Dans le réseau de la santé il ne faut pas s'attendre à beaucoup de reconnaissance de l'employeur. On avait la journée des remises des 5, 10, 20 ans d'ancienneté, mais ils ont coupé. Ma reconnaissance c'est mon chèque sur mon compte de banque, la reconnaissance c'est plus le sourire du client mais si un patron ou un collègue me le dit...alors good!»

> La reconnaissance importante mais non suffisante au maintien en emploi

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «La reconnaissance c'est important les patrons qui vont dire bravo, merci, c'est bon mais c'est pas tout le temps... la reconnaissance j'ai aussi des collègues qui apprécient mon travail; il y a aussi un impact avec les usagers alors oui je l'ai...alors est ce que cela me retiendrait...ça va dans la balance là si les tâches sont encore lourdes alors non... ce ne serait pas suffisant, j'irais faire autre chose, il y en a des choses... le bénévolat alors j'aurais que le plaisir, la valorisation sans avoir le trouble qui vient avec.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «La reconnaissance non cela ne m'inciterait pas à rester plus longtemps.»

Tout comme les infirmières, la majorité des professionnels souligne que ce sont, avant tout, les patients qui leur témoignent de la reconnaissance. Ainsi, dans ce contexte, la reconnaissance s'appuie essentiellement sur le jugement d'utilité sociale (Dejours, 1993) que porte le travail et relève du registre symbolique par la valorisation de ce dernier, valorisation effectuée par les patients. Outre la reconnaissance des patients, la rémunération est également ressentie par le répondant plus âgé comme une reconnaissance à son travail, dans cette logique de contribution-rétribution, ce sont donc les résultats du travail fourni qui sont récompensés. Si la reconnaissance ne se caractérisait que par cette logique, ce ne serait que le côté instrumental de son travail qui le motiverait et non l'activité elle-même. Ainsi, l'intensification de la charge de travail pourrait le pousser à ne pas demeurer en emploi. De plus, comme le montre, la citation d'une jeune femme, plus haut, la reconnaissance des collègues a trait au «Jugement de beauté» Dejours (1993), puisque ce sont les collègues qui mettent en évidence la qualité du travail et les efforts fournis pour l'exécuter.

Mais, si la plupart des perceptions des répondants montrent que la reconnaissance est importante, elle n'est pas suffisante pour les maintenir en emploi à long terme, la charge de travail étant trop lourde. En outre, la rationalisation de certaines mesures de reconnaissance gouvernementale émet également un signal négatif à l'encontre de l'incitation à demeurer à long terme.

L'instauration de mesures portant sur le développement des connaissances est une autre forme de reconnaissance.

Le développement des connaissances

Dans un contexte de pénurie de main d'œuvre et de vieillissement de la population, l'employeur cherche à maintenir ses meilleurs éléments dans l'organisation. Ainsi, reconnaître le besoin de formation ou de perfectionnement constitue une autre forme de reconnaissance.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Je suivais les cours de maitrise en fin de semaine, je l'ai fait pendant 6 ans, à temps partiel ... pour acquérir des compétences supplémentaires. L'employeur a contribué à mes études j'ai demandé qu'il paie les frais de scolarité et il m'a payé une bonne partie. Je n'ai pas eu de temps rémunéré mais y a eu une bonne collaboration.»

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfant : «J'ai suivi un micro programme de 2ème cycle en gestion et développement des organisations ça s'est principalement offert par le réseau de la santé pour être en mesure d'adapter mes connaissances au réseau de la santé.»

Nous voyons ici que la formation continue permet aux professionnels d'approfondir leurs connaissances en obtenant un diplôme supérieur ou d'acquérir les compétences pour occuper un autre poste dans le secteur de la santé. La participation financière de l'employeur est une source de satisfaction pour les professionnels et montre que les établissements sont à l'écoute des employés.

> Projets de groupe à l'interne ou échanges d'expériences à l'externe

D'autres répondants travaillent sur des projets de groupe à l'interne de l'établissement, ou encore en lien avec d'autres centres :

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «On est un programme qui veut toujours s'améliorer alors je travaille sur des projets, j'ai aussi travaillé sur un projet d'animation de groupe qu'on a vendu à l'extérieur... il y a des possibilités de développement clinique.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «La formation continue c'est sûr, la semaine je suis allée dans un autre centre de réadaptation à Québec c'est très formateur on voit qu'on n'est pas toujours obligé de réinventer la roue... d'avoir des liens avec d'autres centres avec d'autres expériences c'est vraiment très bien. Ça me motive beaucoup, ça démontre la confiance de l'équipe.»

Femme 45-60 ans et plus, sans enfant: «Oui, on a des opportunités de développement personnel, j'étais récemment à une formation «outils de créativité pour la résolution de problèmes.»

Ici les professionnels expriment leur enthousiasme et leur motivation quant aux formations qu'ils ont suivies. La mise en commun des compétences, des expériences avec d'autres établissements représente également une grande source de satisfaction et de motivation.

> Les changements de poste

Les professionnels ont également la possibilité d'obtenir un poste de coordonnateur clinique, poste central dans chaque équipe interdisciplinaire ou un poste de gestion.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Maintenant je suis coordonnateur clinique, Je gère tout le fonctionnement clinique d'une équipe interdisciplinaire donc kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, éducateurs physique entre 10 et 15 intervenants. Je gère les plans d'intervention, d'admission, le développement clinique et la nouvelle clinique qui vient de partir.»

En offrant la sécurité de retrouver son ancien emploi en cas de difficultés, la première répondante a pu évoluer vers d'autres horizons, en changeant de métier, et devenir gestionnaire. Pour l'autre répondante, le fait de commencer à s'investir en gestion lui donne l'opportunité de choisir, à un moment donné, entre la gestion et l'enseignement qu'elle effectue en parallèle.

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Actuellement je touche en microscopique à la gestion, là je suis comme partagée entre aller plus vers la gestion versus m'impliquer plus dans l'enseignement. Je suis comme à une croisée des chemins je pense que ca va dépendre beaucoup de l'expérience que je vais vivre dans les deux secteurs qui va faire que je vais balancer d'un côté ou de l'autre et puis je remets beaucoup en question la clinique ...peut-être de la gestion.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant « La première année j'étais embauchée comme en intérim, pour voir si ça aller fonctionner... ça m'a donné à moi la liberté de voir si cela me convenait ou pas et de retourner comme préposée aux bénéficiaires.»

> Le programme de préparation à la relève des cadres

Le programme de préparation à la relève des cadres du réseau régional de la santé et des services sociaux est également proposé aux professionnels de la santé. En fait, soit le professionnel est désigné par son établissement, soit il existe aussi une liste sur laquelle tout employé intéressé à participer à la relève des cadres peut s'inscrire.

Femme, 20-44 ans, 2 enfants : «Je commence la relève des cadres en septembre prochain, c'est une formation sur 22 mois avec du temps libéré payé, si la journée tombe sur une journée C426, on peut la déplacer, le vendredi est payé, le samedi c'est un investissement personnel... je vais avoir des outils. Soit c'est les cadres qui demandent soit on est sélectionné comme moi donc je passe directement dans ce programme. Ca va m'aider dans mes questionnements.»

Femme, 20-44 ans, sans enfant: «J'ai donné mon nom pour m'impliquer dans la gestion, il m'offre de me payer la moitié de mes cours à l'université si le programme part, c'est intéressant...»

²⁶ Il s'agit de la semaine comprimée 4jours/32 heures

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Je vais commencer la relève des cadres car je ne suis pas gestionnaire de formation, je vais suivre pendant 2 ans des cours à l'université.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Je poursuis le programme de relève des cadres. C'est-à dire que les gens sont ciblés par l'organisation, qui nous paie les cours une fois par mois, c'est le vendredi; cette journée est payée par le centre et le samedi toute la journée c'est à nos frais, les frais de scolarité sont pris en compte, c'est un micro programme, ça se passe à l'université.»

Le programme de relève des cadres est donc destiné aux personnes qui souhaitent occuper des postes cadre en gestion. Les cours se déroulent le vendredi et le samedi, la journée du vendredi est rémunérée, celle du samedi est prise sur le temps personnel. Les citations, cidessus, montrent que les répondants choisis ou non pour faire partie de le relève des cadres apprécient le fait que les établissements prennent en charge, en partie ou en totalité, les frais universitaires, que du temps de travail soit libéré et payé. Ce programme de formation qui a pour objectif de développer certaines aptitudes et habiletés nécessaires au personnel d'encadrement a également pour objet de sécuriser les futurs cadres dans leurs nouvelles fonctions.

De manière générale, les citations montrent que le programme de relève de cadres est proposé tant aux hommes qu'aux femmes qui se situent dans la tranche des 20-44 ans. Le seul homme se situant dans la tranche d'âge des 45-60 ans souhaite rester clinicien et précise, en outre, que la différence de salaire entre les deux professions est trop minime (10%).

> Un second emploi pour compenser la lourdeur des cas cliniques

Les professionnels rencontrent parfois des cas lourds et le fait qu'ils puissent bénéficier de la semaine comprimée en quatre jours leur permet d'avoir un second emploi pour changer d'environnement.

Homme, 20-44 ans: «J'avais besoin avec l'enseignement...des fois on a des cas lourds ici, alors ça fait changer le mal de place des fois.»

Comme nous l'ont montré les citations ci-dessus, en l'absence de relève, la gestion de la relève est devenue une priorité pour les deux établissements. Ainsi cette stratégie permet à

l'organisation de faire face aux problèmes de départs volontaires des professionnels et les professionnels y trouvent également leur compte puisqu'ils se disent satisfaits de se voir offrir des formations. De cette manière il semble d'une part, se créer un lien affectif (loyauté) entre l'employé et son établissement et d'autre part, l'employé est motivé à contribuer au succès de celui-ci. Par ailleurs, la reconnaissance pourrait constituer un facteur de résistance au stress Dany et Livian (2002), stress omniprésent chez les professionnels, en leur permettant de mieux faire face aux difficultés.

Offrir des mesures permettant d'aménager ou de réduire le temps de travail c'est également une manière pour l'employeur de témoigner de sa reconnaissance à ses employés, en fin de parcours. Ainsi, les deux tableaux qui suivent présentent respectivement les perceptions des répondants en ce qui a trait aux motifs qui les inciteraient à quitter l'emploi, ainsi que les motifs qui les inciteraient à demeurer en emploi. Ci-dessous, les motifs qui pourraient inciter les répondants à quitter l'emploi.

Tableau 3. Motifs qui incitent à quitter l'emploi

Les motifs qui inciteraient à partir à la retraite :	ÉTA. 1	ÉTA. 1 F	ÉTA. 2 H	ÉTA. 2
Continuer à effectuer un travail clinique ou un travail de gestion :	1 H (20-44 ans) 1 H (45-60 ans et plus)	2 F (20-44 ans) 1 F (45-60 ans et plus)		2 F (20-44 ans)
Des coupures au niveau des avantages (semaine comprimée et flexibilité des horaires)		2 F (20-44 ans)		2 F (20-44 ans) 1 F (45-60 ans et plus)
La présence de problèmes de santé :		2 F (20-44 ans)	1 H (20- 44 ans)	1 F (45-60 ans et plus)

ÉTA 1 : Établissement 1, ÉTA 2 : Établissement 2; H : homme; F : femme

Voyons quelques citations, concernant les divers motifs à quitter l'emploi :

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Je resterais au travail plus longtemps si je n'étais pas en clinique mais rester jusque 60-62 ans, faut que je parte à la retraite.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Pour la retraite si les avantages demeurent, ça me donnera le goût de rester plus longtemps, je me vois jusque dans la soixantaine. Le financier serait un des éléments qui me ferait rester mais pas le seul, l'alternative de pouvoir travailler à temps partiel, si je n'arrive pas bruler à la fin, ça va me permettre de continuer, je veux garder le plaisir de travailler.»

Que ce soit pour les hommes ou les femmes de tous les âges, la lourdeur des cas cliniques ou du travail de gestionnaire, émanant de l'intensification et de la complexité de la clientèle est soulignée comme principale problématique en fin de carrière. D'ailleurs, le stress qui engendre l'insécurité face à cette clientèle peut porter atteinte à la santé des professionnels, ne leur permettant pas de demeurer plus longtemps en emploi. Vient ensuite la rationalisation des pratiques d'ARTT et de flexibilité des horaires. Ceci montre que même en fin de carrière, la semaine comprimée et la flexibilité des horaires demeurent une incitation à demeurer en emploi, aux yeux des femmes. Le fait de ne plus avoir la santé serait également un incitatif à quitter l'emploi.

Passons maintenant aux motifs incitant à demeurer en emploi.

Tableau 4. Motifs qui incitent à demeurer en emploi

Les motifs qui inciteraient à demeurer en fins de carrière et après la prise de la retraite	ÉTA. 1 H	ÉTA. 1 F	ÉTA. 2 H	ÉTA. 2 F
Travailler deux à trois jours de moins par semaine :	1 H (20- 44 ans)	2 F (20-44 ans) 1 F (45-60 ans et plus)	1 H (20- 44 ans)	4 F (20- 44 ans)
Financiers:		2 F (20-44 ans) 1 F (45-60 ans et plus)		2 F (20- 44 ans)
Travailler sur une base de consultation quelques jours semaine :		1 F (20-44 ans)		2 F (20- 44 ans)
Prendre la retraite du public et travailler quelques jours semaine dans le privé :			1 H (20- 44 ans)	

Prendre la retraite et travailler à temps partiel	1 H (20-	
dans l'enseignement ou sur appel dans l'établissement :	44 ans)	

ÉTA 1 : Établissement 1, ÉTA 2 : Établissement 2; H : homme; F : femme

Voyons quelques citations concernant les différents motifs qui incitent à demeurer en emploi :

Femme, 20-44 ans, 1 enfants. «En fin de carrière, travailler moins de jours semaine, moins d'heures ce serait bien, le stress mais le stress sera toujours là, il vient avec la tâche.... L'environnement de travail et les outils ça va, mais s'il y avait des coupures au plan organisationnel...ça me ferait décrocher.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «L'argent m'incitera à rester plus longtemps parce que j'ai commencé à travailler à 30 ans et je suis monoparentale. Puis, si on m'offrait des aménagements du temps de travail....d'être un mentor pour partager, ça pourrait m'inciter à rester...si on m'enlevait des tâches de responsabilité... juste pour partager mon savoir, ça serait un beau défi pour moi.»

Homme, 20-44 ans, 2 enfants «J'aimerais prendre ma retraite le plus rapidement possible et faire un peu d'enseignement à temps partiel.»

Pour des raisons financières, la plupart des femmes de tous les âges devront travailler plus longtemps car elles ont bénéficié du travail à temps partiel lorsque les enfants étaient petits et n'auraient pas de prestations de retraite suffisantes autrement.

L'idée de prendre la retraite et de travailler ensuite à temps partiel dans le public ou le privé est émise par trois jeunes femmes sur sept et deux jeunes hommes sur trois, Les deux répondants hommes ainsi qu'une femme le font déjà actuellement. Il semblerait donc que ces répondants se construisent, petit à petit, une seconde carrière pour l'après retraite, ce qui représente selon nous un résultat intéressant, et imprévu, de la recherche.

De manière générale, outre les possibles difficultés de santé en fin de parcours qui ne permettraient pas de demeurer en emploi, les propos des répondants mettent en évidence l'intérêt des mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail ainsi que l'importance d'obtenir un poste moins pénible mais non-dénué d'intérêt. De manière générale, ceci semble être, pour tous les répondants, la meilleure manière de les aider à parvenir jusqu'à la retraite, voire à rester au-delà. Les mesures d'aménagement et de

réduction du temps de travail semblent donc avoir un impact sur l'engagement affectif et normatif des professionnels et semblent ainsi permettre leur maintien en emploi à long terme. A présent, pour compléter l'examen des pratiques de gestion de ressources humaines nous examinons les stratégies organisationnelles mises en œuvre par les établissements pour permettre une meilleure conciliation entre l'emploi et la famille/vie personnelle tout au long du parcours de vie.

6.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Les établissements de santé sont confrontés aujourd'hui à une pénurie de professionnels de santé. En effet, les employés deviennent de plus en plus décideurs de leurs trajectoires professionnelles et développent leur propre modèle de mobilité. Ainsi, les établissements sont plus exposés au risque de départ de ces derniers qui pourraient aller chercher de meilleures conditions de travail ailleurs. La nécessité de prévoir le remplacement des effectifs ou de mettre en place des manières de les retenir devient donc cruciale.

Dans cette section nous examinons les pratiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre par les organisations pour retenir les professionnels et en particulier celles ayant trait à la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

Des horaires en réponse aux difficultés

Outre les avantages sociaux (congés parentaux, congés maladie etc.) offerts aux professionnels par la convention collective pour attirer et retenir leur personnel, les deux établissements possèdent une certaine marge de manœuvre, leur permettant d'apporter des améliorations aux conditions de travail. Ainsi grâce à l'entente de signature au niveau de la convention locale, plusieurs types d'horaires sont offerts aux professionnels. Pour rappel, nous présentons, ci-dessous, par établissement, les différents types d'horaires ainsi que leur utilisation en fonction du genre et de la tranche d'âge dans laquelle se situent les professionnels.

Tableau 5. Types d'horaires en fonction de l'âge et du genre des professionnels

	Horaires de travail	Femme 20-44 ans	Femme 45- 60 ans et plus	Homme 20-44 ans	Homme 44-60 ans et plus
Établissement 1.	4jours-28h/semaine 5jours-35h/semaine	2	1	1	
Établissement 2.	4jours-32h/semaine 5jours-35h/semaine	4		2	1

Ce tableau montre que la majorité des répondants des deux établissements ont opté pour la semaine comprimée de (4 jours/28h) concernant l'établissement 1 et concernant l'établissement 2, pour la semaine comprimée (4 jours/32h). Ces différents types d'horaires comprimés sont très appréciés par les répondants des deux établissements. La semaine comprimée (4 jours/32h) offerte par l'établissement 2 est très attractive puisque tous les professionnels l'utilisent, hormis une personne qui ne peut y prétendre pour l'instant rentrant d'un congé différé de neuf mois. Pour bénéficier de cette mesure les employés doivent être détenteurs d'un contrat de travail de 12 mois à temps plein, et effectuer la demande entre mai et juin, exceptionnellement jusqu'en septembre. De plus, par le truchement de la conversion de certains avantages sociaux en primés, le salaire n'est pratiquement pas affecté de même pour la retraite puisque les répondants cotisent sur une base de temps plein.

Homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Oui j'ai le 4/32 depuis 12 ans et c'est extraordinaire d'avoir un week-end de 3 jours, on fait 32h avec 8 heures par jour et puis y a aucune pénalité pour la retraite puisqu'on cotise sur 35 heures.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «L'horaire faut pas changer ça, si c'était coupé, je ne suis pas sûre que je resterais, moi je ne reste pas proche d'ici, ça se voyage dans le trafic, je mets 45 minutes matin et soir pour venir ici, je pourrais trouver plus proche de chez moi mais j'aime ça travailler ici.»

Les types d'horaires en œuvre dans l'établissement 1, sont également utilisés par tous les répondants. La possibilité d'obtenir une journée sans solde tout en ayant un temps plein, de travailler la cinquième journée à la maison, de passer d'un temps plein à un temps partiel et de revenir ensuite à temps plein sont des facteurs de satisfaction pour les professionnels. Les citations ci-dessous montrent la variété des types d'horaire quasi « à la carte» de l'établissement 1.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «De septembre à juin, je suis à 4 jours semaine ici car j'enseigne 1 journée à l'université et puis l'été je suis à temps plein à nouveau.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants : «J'ai un horaire à 4 jours semaine, 28 heures, malgré le fait que j'ai un poste à 5 jours, cela me permet toujours d'avoir une journée sans solde.»

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfant : «J'habite loin d'ici, je travaille 4 jours ici et ils ont accepté que je travaille la 5ème journée chez moi. Des fois je travaille 2 heures de plus ici, ça me fait deux heures de moins à faire chez moi, ils ont confiance en nous.»

Il semble aussi que même accompagnée d'une perte de salaire, la mesure de (4 jours-32h) qui n'est pas offerte par l'établissement 1, serait perçue comme très attrayante.

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfants: «Si on pouvait faire 4 jours 32 heures... on perdrait 3 heures, mais ça ça serait une belle qualité de conditions.»

Cependant il n'est pas toujours possible pour les établissements de répondre favorablement à toutes les demandes.

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Pour la C4 j'ai le vendredi libre, j'avais demandé de changer pour le lundi pour la conciliation mais ça n'a pas été possible mais j'ai une certaine marge de manœuvre dans mes horaires ou dans le travail, je peux faire à la maison... mais c'est plus limitant car la garderie ferme à six heures.»

En somme, pour les répondants de tous les âges et des deux sexes concernant les deux établissements, les horaires offerts par les établissements offrent une grande satisfaction, leur permettant ainsi beaucoup de latitude au niveau de la conciliation emploi-famille et vie personnelle.

> La flexibilité des horaires : une mesure adaptée aux familles avec de jeunes enfants

Homme, 20-44 ans, 3 enfants «Les familles avec les jeunes enfants c'est plus demandant par exemple si l'école appelle c'est moi ou ma femme qui va partir, faut de la flexibilité.»

> La flexibilité des horaires : une mesure plus appropriée aux postes de cadre

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Ce qui m'aide ici, c'est la flexibilité des horaires. Le fait que j'aie un rôle de responsabilité, j'assiste à des réunions le soir donc j'accumule du temps qui me permet de partir plus tôt. Si mon fils a une compétition, je peux l'accompagner.»

> La flexibilité des horaires une mesure dite «de rétention» de la main d'œuvre

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «On peut rentrer plus tard si on a un problème mais il faut faire nos 7 heures ...il y a des gens qui prennent pas l'heure de diner pour rentrer plus tôt, d'autres prennent 1 h 30 pour diner parce qu'ils vont à la salle de sport. En fait la flexibilité des horaires dépend des programmes, c'est une entente avec le supérieur, c'est dit comme une mesure de rétention les horaires flexibles.»

Pour les professionnels rencontrés, la possibilité de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle passe, certes, par la réduction du temps de travail mais aussi par la flexibilité des horaires qui semble tout aussi importante.

> La rationalisation de la flexibilité avec le temps

Homme, 20-44 ans, 40 ans, 2 enfants: «Avant les Ressources Humaines étaient très humanistes mais très mal organisées, maintenant on a un cadre plus grand, mais ils vont au pied de la lettre, ce qui amène une certaine rigueur, voire de la rigidité. On commence à voir moins de flexibilité et il y a plus de raisons pour refuser les demandes...ils utilisent la pénurie comme raison.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Au départ quand je suis entré ici, j'avais pris un sans solde partiel d'un an parce que je voulais faire 2 jours dans le privé et 3 jours en clinique et ça a été accordé. Mais il y a beaucoup moins de flexibilité par exemple aujourd'hui qu'il y avait au départ.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Moi j'apprécie la flexibilité d'horaires mais avant on pouvait plus jouer avec nos horaires. Avant on avait vraiment une flexibilité d'horaires 15 minutes de pause le matin ou l'après midi et on pouvait les prendre pour finir plus tôt, maintenant ils nous demandent de déterminer notre horaire de travail. Donc mon horaire c'est ça, il faut rester sur ces horaires-là. Bon... mais ça dépend aussi des chefs de programme.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Ils demandent nos vacances d'avance, bon, on l'a toujours fait, la flexibilité au centre a beaucoup diminué il y a des formations sur l'heure de diner mais c'est sur notre temps, de plus en plus, tout est coupé comme

ça, plein de petites choses coupées comme ça là... sauf que des fois c'est des petites choses qui aident à retenir les gens.»

Les citations des répondants des deux établissements montrent l'importance accordée à la flexibilité des horaires par les jeunes parents qui déplorent une certaine rationalisation de celle-ci. De plus, si les mesures de semaine comprimée en 4 jours relèvent de la décision de la direction, la flexibilité des horaires varie en fonction des supérieurs de chaque programme.

Il semble également que la fonction de responsable soit avantageuse, dans le sens où la personne gère sa propre flexibilité d'horaires.

En outre, il semble ici que les pères comme les mères ont besoin de cette flexibilité d'horaires pour répondre ponctuellement aux difficultés que peuvent rencontrer leurs enfants ou tout simplement pour les accompagner dans leurs loisirs. Sur le sujet, hormis un père dont l'épouse est à la maison, l'ensemble des pères comme des mères ont souligné la participation partagée des deux parents concernant la dispensation de soins aux enfants ainsi que leur accompagnement dans les loisirs.

Les services de garderie

La garderie dans le milieu de travail ou proche de ce dernier est également un bon moyen de concilier le travail et la famille et de permettre le bon déroulement de la carrière.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Ici il y a un service de garderie, on a la priorité, mais quand c'est plein, c'est plein...»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Les enfants des employés vont à la garderie d'ici. Mais ici c'était compliqué, comme je travaille 4 jours semaine et qu'ils demandaient au moins 5 jours je ne me voyais pas venir le porter ici, l'autre va à l'école. Finalement c'est très bien qu'ils soient près de chez moi, c'est mon conjoint qui les conduit le matin et moi je les cherche la soirée, on a partagé les tâches.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants «Il y avait la garderie, on a parlé là-dessus, ils ont monté le projet et finalement le gouvernement a décidé de ne plus allouer de places en garderie suite au scandale de l'année dernière. La garderie proche ou dans la bâtisse serait un projet qui pourrait nous rapprocher de nos enfants.»

Un des deux établissements propose un service de garderie, juste à côté du milieu de travail à ses employés; cependant le nombre de places reste insuffisant pour répondre aux besoins de

tous les employés. Une contrainte liée à la semaine comprimée est également soulevée par une répondante puisque les enfants doivent être présents à la garderie 5 jours/semaine. Travaillant 4 jours par semaine, vivant éloignée de son travail, et ayant un autre enfant scolarisé, la garderie n'était pas envisageable.

En réponse aux demandes des employés, l'autre établissement avait monté un projet de garderie, mais ce dernier a avorté suite à une décision gouvernementale. Ainsi, c'est soit l'épouse qui est à la maison (congé de maternité) qui s'occupe des enfants, pour d'autres parents c'est la garderie de type familiale qui est de mise, ou encore les grands-parents qui s'occupent parfois des enfants.

Les propos des répondants montrent l'importance et la complexité pour les jeunes parents, hommes et femmes, d'avoir un système de garde pour les enfants, proche du travail. Savoir ses enfants proches d'eux leur permettrait peut-être d'être plus disponibles dans leur travail et de mieux cheminer dans leur carrière, bien que certains préfèrent que l'enfant soit dans un centre près de la maison, afin de mieux partager les responsabilités du transport des enfants (Tremblay, 2008).

> Congé sans solde

Le congé sans solde est une mesure très utilisée par les professionnels des deux établissements que ce soit pour accomplir un projet personnel ou pour s'occuper d'un parent malade. Les professionnels peuvent bénéficier d'un mois de congé sans solde par an.

Homme, 20-44 ans, 2 enfants: « Pour des raisons personnelles, pendant 1 an, j'ai été sans solde, puis j'ai repris mon poste.»

Femme, 42 ans, 1 enfant «C'est lourd avec un enfant de 12 ans et ma mère malade. C'est pour ça que j'ai demandé des congés sans solde, j'ai vu ça avec mon chef et c'était correct.»

Plusieurs répondants des deux sexes, jeunes ou moins jeunes, qui n'ont pas encore eu à s'occuper de leurs parents et qui ont de jeunes enfants, émettent de l'inquiétude quant à cette période à venir. En effet, peu de mesures sont proposées pour répondre à cette problématique qui interpelle les répondants.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Je ne me suis pas encore occupé de mes parents mais je redoute la génération sandwich quand mes enfants vont être adolescents mes parents vont être...oui c'est quelque chose qui m'inquiète.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants «Il faudrait peut-être commencer à explorer avec les parents plus âgés pour qui on va devoir prendre soin. Comme on est une population jeune ici, il va y avoir une masse critique ici.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant «Il faudra libérer par un traitement différé mais aussi anticiper une flexibilité là, par exemple, on pourrait demander à avoir 80 % du salaire pendant 6 semaines parce qu'on doit accompagner des parents aux soins palliatifs, il faut une réalité très flexible. Ça va être très lourd d'essayer d'aider les parents.»

> Les congés différés

Le congé différé est une mesure proposée à tous les employés du secteur de la santé, ce n'est donc pas une mesure locale. Cette mesure est très appréciée des répondants des deux sexes et de tous les âges. Plusieurs répondants ont fait une demande pour voyager quelques mois avec leurs enfants, pour effectuer des travaux chez eux ou pour se ressourcer car ils sont parfois aux prises avec de lourds cas cliniques. Selon les répondants, pour être admissibles à ce congé il faut avoir 5 ans d'ancienneté, il peut être accordé pour une période de 6, 9 ou 12 mois, et il est possible de le payer sur cinq ans par exemple, en faisant prélever un pourcentage de son salaire.

Cependant cette mesure génère aussi des incompréhensions lorsque les personnes reviennent en poste. En effet, suite à ce congé il n'est pas possible d'effectuer la semaine comprimée de 4 jours, puisque cette dernière doit être demandée à des moments précis de l'année (mai, juin exceptionnellement jusqu'à septembre). Un répondant âgé a essuyé ce revers, ressentant un sentiment d'injustice et ne comprenant pas pourquoi lors de recrutements de nouveaux personnels, l'établissement offrait la semaine comprimée en 4 jours/32h, bien qu'en dehors de ces périodes. D'autres répondants projettent, également, de bénéficier de ce type de mesures d'ici quelques années.

Homme, 20-44 ans, 2 enfants : «J'ai demandé un congé différé de 6 mois pour cet été, c'est quelque chose de familial et d'important.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «J'ai fait une demande de congés différés pour partir 6 mois, c'est le bel âge d'année scolaire pour les enfants.»

Homme, 20-44 ans, 2 enfants «J'étais en congés différés pendant 9 mois, pour faire des travaux chez moi.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Le congé différé c'est bien, on a une clientèle lourde qui peut drainer beaucoup et avoir l'opportunité de prendre des congés sans solde, des congés différés de temps en temps et les congés annuels c'est ressourçant.»

Plusieurs autres répondants voient une possible amélioration concernant cette mesure en la proposant aux employés sur une durée moindre : 1 mois, 3 mois. En effet, comme l'employé peut rembourser sa période de congé différé à plus ou moins longue échéance, cette stratégie permettrait alors, peut-être de moins utiliser les congés non rémunérés.

Comme nous venons de le voir, outre les mesures liées aux congés parentaux que nous avons vues plus haut, les répondants hommes et femmes de tous les âges, utilisent largement les différentes mesures de congé offertes par les établissements. La flexibilité des horaires (mesure officieuse) semble être la mesure la plus à même de répondre aux difficultés ponctuelles de conciliation emploi-famille/vie personnelle. La semaine comprimée de 4 jours (mesure officielle), mesure contractée par pratiquement tous les répondants, répondant plutôt à un meilleur équilibre entre le travail et le hors travail. Ainsi soutenir la conciliation emploifamille/vie personnelle revient à soutenir la carrière des répondants (Harlow, 2002).

L'approche de gestion globale centrée sur la personne, du type «Planetree», est aussi un moyen de rétention de la main d'œuvre. En effet, un des deux établissements a développé une approche de gestion globale centrée sur la personne du type «Planetree» : employés et clients. Cette approche sous-tend que si les professionnels sont bien dans leur milieu de travail, les clients recevront des services de meilleure qualité. Voyons ce qu'en pensent les professionnels :

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «Ici, les cadres veulent nous connaître comme personne, en dehors du travail, c'est quoi nos intérêts, nos passions, si on a besoin d'un congé, dans la mesure du possible, ils nous l'accordent.»

Femme 20-44 ans, 3 enfants: «Moi, actuellement je trouve qu'ici la gestion a pris une tendance vers l'humanisation des soins avec le cadre de référence «Planetree» et à mon avis, ça a fait basculer un peu trop les choses vers les droits du patient. On a toujours été humains, on a choisi ce travail-là parce que la relation humaine c'est important pour nous et là, ils ont remis un cadre qui a nommé les choses alors que c'était déjà fait. C'est comme si tout était déséquilibré, que le patient a tous les

droits, alors qu'on est des professionnels avec une autonomie, une analyse, un jugement et qu'on se doit de donner des recommandations. Nous on a toutes les responsabilités, les obligations sans avoir de droits. Comme professionnel, ce n'est pas la meilleure chose à faire pour le bien du patient, c'est comme si on avait perdu...ça, il y a une lacune...c'est ma perception.»

Les propos ci-dessus semblent montrer que les cadres sont intéressés à connaître la vie hors travail des professionnels pour les aider à concilier les deux sphères. Cependant, les propos de la jeune femme se portant du côté des patients, montrent que la tendance à l'humanisation des soins place le patient sur un piédestal lui donnant ainsi tout pouvoir d'aller à l'encontre du jugement des professionnels.

6.6 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail

Tout comme pour la profession d'infirmière, la pénurie de main d'œuvre est également présente dans certains métiers de professionnels tels l'ergothérapie, la physiothérapie. Aussi, si les établissements de santé veulent retenir cette main d'œuvre, il est devenu urgent de faire face aux besoins de cette dernière. Aussi, nous avons interrogé nos répondants sur les pratiques d'aménagement ou de réduction du temps de travail (ARTT) qui pourraient les intéresser du point de vue de la conciliation emploi-famille et de l'incitation à demeurer en emploi. Nous présentons ci-dessous une synthèse des réponses des professionnels des deux établissements. Nous avons retenu leurs choix les plus intéressants c'est-à-dire ceux répondant à l'échelle couvrant «très intéressant à assez intéressant» ainsi que les choix les moins intéressants «pas intéressant à pas du tout intéressant». L'annexe 7 présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 6. Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi

MESURES	TI-I	PI-PDI	
	3 H et 7 F 20-44 ans	3H et 7 F 20-44	
於 養 "看你 圖》類於 富一館 浮雕		ans	
Retraite progressive	H&F: (8/10) C dont 6 F ET		
	2H H & F (10/10) I		
Retraite et emplois à temps partiel	H&F: (9/10) C dont 7 F et 2 H		
	H & F (10/10) I		
Temps partiel volontaire	H&F: (10/10) C		
	H& F: (9/10) I dont 6 F et 3 H		
Horaires flexibles	H&F: (10/10) C&I		
Journées de travail plus courtes	H&F: (10/10) C&I		
	H& F: (9/10) I dont 7 F et 2 H I		
Jours supplémentaires de congé	H&F: (9/10) C dont 6F et 3 H		
	H&F: (10/10) I		
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H&F: (9/10) C dont 7 F et 2 H		
	H&F: (8/10) I dont 6 F et 2 H		
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de	H&F: (8/10) C dont 6 F et 2 H		
5 jours en 4, payer le total des heures habituelles)	H&F: (5/10) I dont 4 F et 1 H		
Vacances annuelles plus longues	H&F: (9/10) C dont 7 F et 2 H		
	H&F: (9/10) I dont 7 F et 2 H		
Travail partagé volontaire		H&F: (4/10)	
- A		dont 3 F ET 1	
		H C&I	
	1F et 1H de 45-60 ans et plus	1F et 1H de 45- 60 ans et plus	
Retraite progressive	H&F (2/2) C&I		
Retraite et emploi à temps partiel	H&F: (2/2) C&I		
Horaires flexibles	H&F: (2/2) C&I		
Temps partiel volontaire	H&F: (2/2) C&I	2.50	
Travail partagé volontaire	H&F: (2/2) C&I	101-2	
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours)	H&F : (2/2) C&I		
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H&F: (2/2) C&I		
Journées de travail plus courtes	F:(1/1) C&I	H: (1/1) C&I	
Jours supplémentaires de congé	H&F: (2/2) C&I		
Vacances annuelles plus longues	H&F: (2/2) C&I		

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme; C: conciliation, I: incitation.

Nous n'avons pas intégré dans ce tableau le nombre de réponses «neutre» des répondants.

Comme nous le voyons ci-dessus, la grande majorité de réponses des répondants montre l'intérêt qu'ils attachent aux pratiques d'aménagement et de réduction du temps de travail tant en ce qui concerne la conciliation emploi-famille/vie personnelle que l'incitation à demeurer en emploi. Toutefois, les intérêts font l'unanimité pour les jeunes femmes et les jeunes hommes, en ce qui concerne les mesures «d'horaires flexibles», «de journées de

travail plus courtes» pour la conciliation et l'incitation à demeurer en emploi ainsi que celle de «temps partiel volontaire» pour la conciliation. Ces répondants manifestent également de l'intérêt pour les mesures «de retraite progressive» et «de retraite et emploi à temps partiel». La mesure de «travail partagé volontaire» n'est pas appréciée car non-applicable à la profession, selon les répondants.

Concernant les deux répondants plus âgés hormis la mesure de «journées de travail plus courtes» pour l'homme plus âgé, toutes les mesures sont très intéressantes à intéressantes tant pour la conciliation que pour l'incitation à demeurer en emploi.

Les intérêts affirmés par les répondants mettent une nouvelle fois en évidence leur motivation afin de pouvoir bénéficier, tout au long de leur parcours de vie, de mesures adaptées qui leur permettent de poursuivre leur carrière.

Dan le but d'obtenir une meilleure compréhension et de savoir quelles sont les personnes utilisent les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, voyons quelques propos des répondants sur le sujet.

Homme, 20-44 ans, 3 enfants: «On est beaucoup qui les utilise, je dirais 100% des gens utilisent au moins une de celles là comme l'horaire flexible. Peut-être que les plus jeunes dans la vingtaine les utilisent moins, ils vont travailler 35 heures semaine, les familles avec enfants et les plus âgés les utilisent plus.»

Femme, 20-44 ans, 2 enfants: «Tout le monde utilise les mesures. Les congés parentaux c'est plus les femmes. Les horaires comprimés c'est tout le monde, le traitement différé c'est utilisé à parts égales entre les hommes et les femmes, le sans solde aussi. En général, les demandes sont acceptées.»

Femme 20-44 ans, 2 enfants: «Les mesures sont beaucoup utilisées et tout le monde prend le C4. Aussi, quand t'es cadre à partir de 15 ans, on a 5 semaines de congé aussi.»

Femme, 45-60 ans et plus, sans enfant: «Les mesures sont beaucoup utilisées...il y a plus de femmes donc en proportion... peut- être quand même les femmes un peu plus avec le congé maternité. Chez moi dans mon service, 3 sur 10 ont un aménagement d'horaire 1 gars et 2 filles. Moi ça fait 3 ans, les deux autres, ça fait une semaine. Ils font leur 35h en 4 jours. Moi je fais 35 heures en 4 jours avec la possibilité de travailler à la maison si je ne fais pas assez d'heures dans ces 4 jours, alors je fais le reste d'heures chez moi.»

En donnant la possibilité aux professionnels de repenser leur temps de travail selon leurs nécessités et leurs souhaits, les deux établissements montrent qu'ils sont ouverts à la conciliation emploi-famille/vie personnelle et leur permettent ainsi de mener leur carrière tout au long de leur parcours de vie.

6.6.1 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

Nous avons également proposé d'autres mesures qui peuvent avoir un effet sur l'incitation à demeurer en emploi aux professionnels de santé. Nous présentons ci-dessous une synthèse de ces autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi. L'annexe 7 bis présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 7. Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

AUTRES MESURES	TI- I	PI-PDI		
	3 H et 7 F 20-44 ans	3H et 7 F 20-44 ans		
Mobilité interne (occuper un autre poste) :	H&F: (8/10) dont 6 F et 2H			
Mentorat de plus jeunes :	H&F: (8/10) dont 6 F et 2 H			
Donner de la formation :	H&F: (8/10) dont 5F et 3 H			
Autre mode de gestion plus participatif	H&F: (4/10) dont 3 F et 1 H			
	TI- I lFet 1 H de 45-60 ans et plus	PI-PDI 1F et 1 H de 45-60 ans et plus		
Mobilité interne (occuper un autre poste)	H&F: (1/2) dont 1 H			
Mentorat de plus jeunes :	H&F: (2/2)			
Donner de la formation :	H&F: (2/2)			
Autre mode de gestion plus participatif	H&F: (2/2)			

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme. Nous n'avons pas intégré dans ce tableau le nombre de réponses «neutre» des répondants.

Concernant les jeunes professionnels hommes et femmes, les mesures de «mobilité interne» et de «donner de la formation» de «mentorat» semblent plus à même de répondre à leurs intérêts. En effet, avec la lourdeur des cas cliniques, nombreux sont ceux qui émettent des doutes quant à pouvoir travailler jusqu'au moment de la retraite. Ainsi leur proposer un autre poste non-clinique pourrait les inciter à demeurer en emploi.

Du côté des répondants plus âgés (un homme et une femme) toutes les mesures (hormis celle de mobilité interne pour un homme) sont intéressantes. Voyons quelques citations à propos du mentorat :

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Le mentorat, moi ça m'intéresse car c'est important d'avoir de la relève, de partager notre expérience, c'est une belle façon de rester dans notre milieu sans avoir la charge et le stress de la performance de toujours vouloir aller plus loin, tu peux juste donner le meilleur de ce que tu as eu.»

Femme 20-44 ans, 2 enfants: «Le mentorat c'est vraiment une idée que tu ne fais pas juste un travail, il y a comme une valeur ajoutée là.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Le mentorat je pense que ça peut être aidant, faciliter le bien être, la confiance en l'expertise.»

Femme, 20-44 ans, 3 enfants: «Le mentorat, le transfert de connaissances oui parce j'aime beaucoup ce processus de type plus enseignement, supervision oui...»

Cependant, pour une minorité de répondants, le mentorat n'est pas une mesure incitative à demeurer plus longtemps en emploi, car tout au long de leur carrière les professionnels prennent déjà à charge des stagiaires.

Femme, 20-44ans, sans enfants: «Le mentorat je ne pense pas parce que je vais en faire toute ma carrière. Je ne sais pas trop plutôt de l'enseignement à l'école.»

Homme, 20-44 ans, 3 enfants : «Le mentorat ne m'inciterait pas, parce que je le fait déjà.»

Ainsi pour la majorité des professionnels la mesure de mentorat serait une bonne alternative pour contrer les difficultés (charge de travail, stress) en fin de carrière et représente une manière de reconnaître leur expérience de travail en les valorisant.

Voyons à présent quels sont les effets des pratiques de gestion des ressources humaines sur la motivation, l'engagement et la rétention des professionnels de santé.

6.6.2 L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur l'engagement, la motivation la rétention

Pour rappel, avant de passer à l'analyse des pratiques, voyons quels sont les motifs de satisfaction et d'insatisfaction des professionnels de réadaptation physique. Ceci va nous permettre de mettre en évidence l'importance et l'effet des pratiques de gestion des ressources humaines sur la motivation, l'engagement organisationnel, et la rétention en emploi.

> Les motifs d'insatisfaction

- La surcharge de travail due au manque de ressources humaines
- La complexité de la nouvelle clientèle
- L'insuffisance de communication
- La rationalisation de la flexibilité des horaires

> Les motifs de satisfaction

- Les pratiques d'aménagement et de réduction du temps de travail permettant de concilier l'emploi et la famille, à chaque étape du parcours de vie.
- Le développement des connaissances
- Le programme de préparation à la relève
- Pouvoir effectuer un second emploi
- La reconnaissance des patients et des collègues

Compte tenu de la rareté de main d'œuvre de cette catégorie socioprofessionnelle, de la quasi absence de relève et de l'ajout d'une nouvelle clientèle (cas relevant de la santé physique mais aussi d'aspects psychosociaux et de misère sociale) les professionnels de santé se trouvent surchargés de travail et se questionnent sur la qualité des soins prodigués. Le facteur de stress en lien avec la surcharge de travail, récurrent dans toutes les citations, peut avoir des effets nocifs sur la santé et mener à de l'absentéisme voir des départs volontaires. Cependant, tout comme l'ont souligné Karasek et Theorell (1990), il semble que dans notre recherche cette nocivité ait été réduite grâce aux nombreuses mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail offertes par les établissements.

Le modèle de Mobley (1979) se fonde sur une série de processus et de comportements qui peuvent mener un individu, vivant une expérience d'insatisfaction, à se retirer de manière

ponctuelle (absentéisme, comportement passif) ou définitive (départ) de son emploi. Ainsi, bien que les répondants évoquent de l'insatisfaction par rapport à une insuffisance de communication et d'aide à la décision qui pourraient être perçue comme une marque de méfiance par les professionnels, il ne semble pas, selon leurs propos, que ce motif les inciteraient à quitter l'emploi car ils font plutôt un bilan positif des mesures de soutien organisationnel offertes par les établissements par ailleurs.

Selon les répondants, il semble que les établissements qui offraient facilement, auparavant, une bonne flexibilité des horaires, ne soient plus dans la capacité de le faire aussi spontanément aujourd'hui, par manque de ressources humaines. Comme nous l'avons vu, les professionnels utilisent cette mesure de manière ponctuelle pour faire face aux imprévus liés à la famille (enfant à emmener chez le médecin, à récupérer quand la garderie appelle etc.). Cette baisse de flexibilité génère de l'insatisfaction auprès des répondants pour qui cette mesure est un incitatif à demeurer en emploi et si elle devait disparaître pourrait faire en sorte que les professionnels quittent leur établissement.

Ainsi, il semble que bien que les professionnels veuillent prendre leur retraite jeunes, leurs comportements fait appel aux trois dimensions de l'engagement, soit l'engagement affectif (liens affectifs envers l'employeur et les employés), normatif (loyauté envers l'employeur) et de continuité (perte des avantages).

De plus, de nombreuses mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail sont proposées et utilisées par une grande partie du personnel. Bien qu'elles puissent toutes avoir une incidence sur la motivation et sur l'engagement organisationnel, nous présentons cidessous, celles qui sont les plus utilisées.

> L'aménagement des horaires de travail

La semaine de travail comprimée en 4 jours/28h ou 4 jours/32h ou encore 5 jours/35h00 en travaillant à partir de chez soi la cinquième journée, a une incidence sur la motivation et l'engagement organisationnel des professionnels. En effet, ces mesures permettent de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle mais aussi pour ceux ou celles qui se préparent une seconde carrière, de travailler la cinquième journée dans l'enseignement ou dans un cabinet privé. En acceptant d'octroyer une journée non-travaillée par semaine ou une journée

pour travailler chez soi aux professionnels, les établissements montrent qu'ils sont à l'écoute et qu'ils répondent aux besoins et attentes de la main d'œuvre, ce qui démontre une forme de reconnaissance. La reconnaissance a une influence sur la motivation des professionnels qui à leur tour peuvent témoigner de leur engagement (Martin et al., 1996) aux établissements. Tout comme le soutiennent Dany et Livian (2002), la reconnaissance devrait permettre aux professionnels de faire face aux situations professionnelles difficiles. Ainsi la satisfaction des professionnels est liée à la prise en compte de leurs attentes par les établissements.

La flexibilité des horaires

Pour les professionnels rencontrés, la possibilité de concilier travail-famille ou la vie personnelle passe certes par la réduction du temps de travail mais aussi par la flexibilité des horaires qui semble tout aussi importante. Effectivement, il semble que les pères comme les mères ont besoin de cette flexibilité d'horaires pour répondre ponctuellement aux difficultés que peuvent rencontrer leurs enfants ou tout simplement pour les accompagner dans leurs loisirs. Sur le sujet, hormis un père dont l'épouse est à la maison, l'ensemble des pères comme des mères ont souligné la participation partagée des deux parents concernant la dispensation de soins aux enfants ainsi que leur accompagnement dans les loisirs. Obtenir une certaine flexibilité des horaires est aussi un facteur de satisfaction pour les professionnels qui a sans doute une incidence sur l'engagement affectif et de continuité.

> La retraite progressive et un poste non-clinique

Ne plus exercer un travail clinique, et se voir offrir des mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail (retraite progressive 2 ou 3 jours par semaine, horaires flexibles) sont les deux points principaux qui permettraient à la majorité des professionnels de demeurer plus longtemps en emploi, en fin de carrière. Ainsi, en proposant un poste en lien avec la formation, le mentorat ou la mobilité interne les établissements pourraient retenir leur main d'œuvre en emploi plus longtemps. Ce qui démontrerait le souci d'offrir un poste moins pénible à cette main d'œuvre vieillissante tout en la valorisant. Ce témoignage de reconnaissance des établissements pourrait avoir un impact positif sur l'engagement des professionnels en fin de carrière.

L'effet positif des pratiques de développement des compétences sur l'engagement affectif des employés a été démontré par Smith (1995). L'investissement dans le développement des compétences et dans le programme de relève des cadres semblent signaler aux professionnels qu'ils sont considérés comme des ressources importantes et que la volonté des établissements réside dans le fait d'établir un contrat psychologique à long terme avec eux (Tsui et al., 1997). En effet, ces formations rémunérées par les établissements (temps de travail et cours) permettent aux professionnels de mettre leurs aptitudes et connaissances en adéquation avec leur poste ou encore de s'investir dans une nouvelle carrière en gestion par le biais du programme de relève des cadres. Ainsi, comme le soutient Smith (1995), les pratiques de développement des compétences ont un effet positif sur l'engagement affectif des professionnels et sont également un important facteur de rétention de la main d'œuvre.

Un second emploi

Alors que certains professionnels émettent le souhait de travailler quelques jours semaine et de prendre leur retraite jeunes, d'autres professionnels hommes et femmes envisagent l'idée de prendre la retraite et de travailler ensuite dans le privé ou dans le public en tant qu'enseignants, que professionnels ou encore en consultation. Rappelons que quelques-uns enseignent déjà à l'université et une personne travaille une journée en privée, la 5ème journée où ils ne travaillent pas. Ceci semble relativement courant dans ces établissements. Ici nous voyons que, bien que les établissements soient conscients qu'ils risquent de perdre cette main d'œuvre à moyen, long terme, ils la soutiennent dans leur projet. Ainsi, la perception que les professionnels ont des efforts fournis en matière de pratiques de gestion des ressources humaines, pour répondre à leurs attentes et besoins, semble affecter positivement leur engagement, en tout cas au moins jusqu'à la prise de la retraite. Il faut noter que cet engagement organisationnel a également une répercussion sur le travail que fournissent les professionnels en dchors des murs (université) puisqu'ils sont pourvoyeurs de stagiaires pour les établissements. De cette manière, ils agissent sur l'attraction d'une nouvelle maind'œuvre, ce qui semble montrer, outre l'engagement affectif, la présence d'un engagement normatif c'est-à-dire que les professionnels ont un sentiment d'obligation morale, de loyauté à l'égard des établissements.

> La reconnaissance des patients et collègues

Comme nous l'avons vu, par leur soutien formel à la carrière (pratiques de gestion des ressources humaines, journée reconnaissance etc.), les établissements témoignent leur reconnaissance aux professionnels, le soutien informel relevant des patients et des collègues. La reconnaissance des patients à l'égard des professionnels est importante puisqu'elle met en évidence le jugement d'utilité sociale (Dejours, 1993) du travail des professionnels qu'ils ne semblent pas obtenir des employeurs. Le fait d'être félicités par les collègues est également important pour les professionnels puisque c'est la qualité de leur travail, de leurs efforts, jugement de beauté (Dejours, 1993) qui sont mis en exergue. Alors qu'il a été démontré (Behson, 2005) qu'autant la reconnaissance formelle qu'informelle, était un bon moyen de soutenir la carrière des individus, ce sont donc les patients et les collègues qui pallient à l'insuffisance de reconnaissance informelle des établissements à l'égard des professionnels.

Dans le contexte de pénurie de main d'œuvre que connaissent les professionnels de santé, leurs perceptions nous ont permis de montrer que des mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail ainsi que des programmes de formation en adéquation avec les attentes des individus, tout au long du parcours de vie, s'avèrent plus que jamais, d'une importance cruciale. En effet, ces pratiques peuvent contribuer à améliorer l'engagement des individus et ainsi, à les inciter à demeurer en emploi. Parfois même, ces pratiques peuvent conduire certains employés à attirer de nouvelles recrues. Ainsi, satisfaits par l'ensemble de ces mesures et connaissant le contexte de travail des personnels de santé dans d'autres établissements, il semble qu'ils fassent un genre de compromis pour palier aux insuffisances de certaines pratiques (communication et flexibilité des horaires) qu'ils perçoivent.

6.7 L'importance des facteurs et parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières

L'examen des parcours de vie a montré que tout comme les infirmières, l'un des premiers tournants dans le parcours de vie des jeunes professionnelles correspond à la maternité qui est toujours suivi d'une période plus ou moins longue de travail à temps partiel (3 ou 4 jours par semaine) pour s'occuper des jeunes enfants. Ainsi, tout comme l'ont montré Lalive d'Epinay et Cavalli (2007), c'est bien dans la première partie de la vie d'adulte qu'apparaissent les marqueurs temporels liés aux enjeux de la sphère familiale. Une fois les enfants plus grands,

pour certaines femmes, un second tournant apparaît avec la possibilité d'entrer dans le programme de formation de la relève des cadres, qui va leur permettre d'obtenir de meilleures conditions de travail car comme nous l'avons vu, la lourdeur des cas cliniques est une source d'insatisfaction qui s'accentue avec l'âge. Au contraire, le fait de suivre une nouvelle formation (relève des cadres ou poste de coordonnateur clinique) représente chez les hommes le premier tournant dans leur vie professionnel. Un troisième tournant concernant les femmes, et un second tournant concernant les hommes, semble se dessiner en les professionnels hommes et femmes, souhaitant se désengager fin de carrière, temporellement, en travaillant moins d'heures et dans des métiers moins exigeants (mentorat, formation etc.). Ceci leur permet de se préparer petit à petit, à la prise de la retraite tout en bénéficiant d'un travail qui a du sens et qui les valorisent mais aussi d'avoir du temps à passer en famille. Tout comme l'ont démontré Elder et Pavalko (1993), le modèle de parcours de vie de type normatif semble disparaître. En effet, pour plusieurs autres répondants, un quatrième ou un troisième tournant en fonction du genre, est envisagé par la construction d'une nouvelle carrière après la prise de la retraite, que les professionnels préparent déjà en travaillant la 5^{ème} journée à l'université ou dans le privé.

En somme, tout comme le soutiennent Oris et al. (2009), les perceptions des répondants mettent en évidence l'interdépendance des champs liés à la famille (jeunes enfants, parents âgés) et à l'emploi concernant les femmes. Quelques hommes ont effectué de petites transitions de quelques mois (congés différés) pour voyager en famille lorsque les enfants sont plus grands, ou pour faire des travaux dans leur maison. L'interdépendance entre la sphère professionnelle et familiale se trouve donc moins marquée pour les hommes que pour les femmes.

Les perceptions des professionnels mettent aussi en évidence un mode séquentiel des étapes de carrière (Super, 1984) dans lequel ils peuvent passer de l'étape de maintenance à celle d'exploration, tout comme le groupe des infirmières. En effet, en changeant de poste, d'emploi, les professionnels peuvent passer de l'étape de maintenance à celle d'exploration à nouveau, à tout âge (Hall et Mirvis, 1996) et tant les hommes que les femmes. De plus, l'ajout d'une 5ème étape de carrière que Smart et Peterson (1997) ont qualifié de «renouveau de carrière» semble également présente ici, certains professionnels se préparant une nouvelle carrière après la prise de la retraite.

Le modèle d'ancre de carrière de Schein (1978-1996) se focalise sur les motivations, les valeurs des individus à partir desquelles s'oriente la carrière et soutient que chaque individu ne possède qu'une ancre de carrière durant sa carrière. L'auteur a défini huit ancres de carrières pour lesquelles les individus ne sont prêts à faire des compromis, lors de leur choix de carrière, à savoir : la compétence technique, la compétence managériale (gestion), l'autonomie/indépendance, la sécurité/stabilité, la créativité/stabilité, le dévouement à une cause, le défi pur et pour finir l'ancre qualité de vie. Concernant les professionnels de réadaptation physique, il semblerait que d'une part le postulat d'une ancre dominante stable (Mercure, Bourgeois et Wils, 1991) ne puisse s'appliquer dans un contexte de changement de carrière et d'autre part, que plusieurs ancres puissent avoir tout autant d'importance.

En effet, l'ancre «qualité de vie» est dominante pour tous les individus car elle répond à leurs besoins. En effet, la majorité d'entre eux (âge et sexe confondus) ont fait le choix de ne travailler que quatre jours par semaine pour palier aux conflits de rôles et de tension entre la sphère professionnelle et personnelle. Concernant les professionnels qui suivent le programme de formation à la relève, l'ancre «qualité de vie» correspond à leurs besoins et coexiste avec celle de «gestion» qui répond au choix de carrière. Les professionnels qui se construisent une nouvelle carrière en prévision de l'après retraite, sont ancrés «autonomie/indépendance» mais également «qualité de vie» puisqu'ils font un nouveau choix de carrière basé sur leurs besoins.

Nous avons montré qu'en changeant d'orientation les professionnels peuvent changer d'ancres et posséder une multiplicité d'ancres. Comme le soulignent Feldamn et Bolino (1996), ceci est dû au fait que l'ancre «gestion» répond au choix de carrière alors que l'ancre «qualité de vie» relève des besoins des professionnels qui sont tout aussi importants comme l'ont témoigné les propos des professionnels. Ainsi il semblerait, que contrairement à ce que prône la théorie des ancres de Schein (1978-1996), il n'y a pas toujours qu'une seule ancre dominante, certaines ancres reflètent des choix de carrière : ancre de gestion, ancre technique, créativité ancre de entrepreneuriale, d'autres caractérisent besoins: autonomie/indépendance, sécurité/stabilité ou qualité de vie, et d'autres encore les valeurs : défi, dévouement à une cause. En proposant des mesures d'aménagement et de réduction de temps de travail et des programmes de formation, les établissements soutiennent les différentes ancres qui animent les professionnels, tout au long de leur parcours de vie.

En ce qui a trait au modèle kaléidoscopique²⁷ de Mainiero et Sullivan (2005), tout comme les infirmières, avant la venue des enfants et en début de carrière, les femmes professionnelles semblent s'inscrire dans les paramètres d'«authenticité» et de « défis»; lorsqu'elles sont jeunes mères, le paramètre «équilibre» est dominant et ceux d' «authenticité» et de « défis» sont moins prégnants (temps partiel); en milieu de carrière les trois paramètres peuvent coexister puisque les professionnels répondent à la question de l'authenticité en étant en accord avec le choix de carrière qu'elles prennent (gestion), avec le paramètre d'«équilibre» (grâce aux horaires avantageux) ainsi qu'à celui de «défis» puisqu'en changeant de métier elles répondent à un défi. En fin de carrière, ce sont les paramètres d'«authenticité» et « d'équilibre» qui sont importants, les professionnels se désengagent progressivement (retraite progressive) mais souhaitent toujours effectuer un travail motivant. Les professionnels, hommes et femmes, qui souhaitent se construire une nouvelle carrière pour l'après retraite, répondent aux trois paramètres, leur choix sont en accord avec leurs valeurs, ils pourront trouver un équilibre entre le travail et la vie personnelle (choisissent leur temps de travail) et la construction d'une nouvelle carrière répond au défi qu'ils se sont lancés.

En somme, l'ouverture des établissements quant à la conciliation emploi-famille et vie personnelle par l'offre de mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, et de formation, permet aux professionnels, de tous âges et des deux genres, de travailler en accord avec leurs besoins et leur choix de carrière, tout au long du parcours de vie.

Ainsi, tout comme le décrit Kirchmeyer (1995), nous avons montré que les deux établissements de santé ont un modèle d'intégration de la sphère professionnelle et hors travail. En effet, en reliant les deux sphères ils font figure de protecteurs à l'égard des professionnels. Ceci est dit explicitement dans une citation concernant un des deux établissements, où l'on apprend que les employeurs sont intéressés par les évènements de la vie hors travail des professionnels, ceci leur donnant la possibilité de proposer à tout moment des mesures adaptées à la situation de la main d'œuvre.

Dans le chapitre suivant nous présentons le groupe professionnel des paramédics.

²⁷ Les choix que les femmes effectuent en matière de carrière et de vie s'inscrivent dans la réponse aux questions suivantes: Authenticity: Can I be myself in the midst of all of this and still be authentic? Balance: If I make this career decision, can I balance the parts of my life well so that there can be a coherent whole? Challenge: Will I be sufficiently challenged if I accept this career option? Lisa A. Mainiero, L.-A., and Sullivan, S.-E (2005) «Kaléidoscope Carrers: An alternate explanation for the "Opt-Out" revolution» Academy of Management Executive, 2005, Vol. 19, No. 1, p.113.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS CONCERNANT LE GROUPE DES PARAMEDICS

Introduction

Tout comme nous nous sommes intéressées aux perceptions des infirmières et des professionnels de santé, cette section de notre travail, s'intéresse aux perceptions des paramédics. En effet, nous avons examiné de quelle manière la prise en compte de la conciliation emploi-famille/vie personnelle, peut être un soutien à la carrière de ces professionnels de santé, tout au long leur parcours de vie.

Comme nous l'avons fait pour les deux autres groupes professionnels, nous rappelons ici les questions qui guident notre recherche. Nous commençons par décrire le milieu professionnel des paramédics dans une première section, dans une seconde section nous présentons le portrait des répondants, la troisième section porte sur les motifs d'entrée des paramédics dans la profession. Les sections suivantes sont plus en lien avec nos questions de reche. Ainsi, dans la quatrième section, nous passons à l'examen des sources de difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle. Dans la cinquième section, nous nous penchons sur les stratégies organisationnelles qui peuvent améliorer la conciliation emploi-famille/vie personnelle. Nous examinons dans la sixième section, les stratégies de contournement mises en œuvre par les répondants. La septième section porte sur l'intérêt des paramédics pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail. Et pour finir, nous examinons l'importance des facteurs et des parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières.

Ce chapitre présente donc les résultats de notre recherche pour le groupe des paramédics. Dans le prochain chapitre, nous présentons les perceptions des DRH et des syndicats des trois groupes examinés. Nous terminons avec le chapitre discussion qui porte sur la comparaison des trois groupes étudiés dans laquelle nous montrons que les mesures de conciliation emploi-famille/vie personnelle ont une incidence positive sur la satisfaction, l'engagement et la rétention de cette main d'œuvre lorsqu'elles sont en adéquation avec les besoins du personnel tout au long du parcours de vie. De plus, par l'examen des concepts et

théories des carrières nous montrons que dans le contexte de pénurie de main d'œuvre, le besoin de revoir certaines théories est avéré.

7.1 Description du milieu professionnel des paramédics

Certains emplois ont du mal à offrir un environnement idéal permettant une bonne articulation entre la sphère professionnelle et la sphère familiale. Ces emplois ne respectent pas le traditionnel horaire 9h- 17h mais exigent des employés prêts à répondre à un appel à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. C'est le cas de la profession de paramédics au Québec. Nous proposons ci-dessous notre calendrier d'entrevues :

Tableau 1. Calendrier des entrevues concernant les paramédics

Date des entrevues ou de l'envoi du questionnaire	Type de questionnaire	Résultats	
17 au 18 novembre 2010 :17 entrevues de 60 minutes chacune	Grille d'entretien composée d'une partie qualitative et quantitative.	17 entrevues	
14 décembre 2010 : envoi numérique de 120 questionnaires	Seule la partie quantitative du questionnaire a été envoyée.	60 réponses	

Dans un premier temps, nous avons mené 17 entrevues qualitatives puis, sur la demande du syndicat des paramédics rencontré, nous avons envoyé de manière numérique la même partie quantitative à 120 autres paramédics et avons obtenu 60 questionnaires complétés en retour. Dans nos analyses qualitatives nous tenons compte des perceptions relatives aux 17 entrevues effectuées auprès des répondants et concernant nos analyses quantitatives, nous prenons en considération les réponses recueillies auprès des 77 répondants, puisque les personnes interviewées et les personnes qui ont répondu par voie numérique ont répondu à la même partie quantitative.

7.1.1 Les fonctions des paramédics

Au Canada et au Québec, le terme de «paramédic» qualifie les praticiens qui travaillent dans les services ambulanciers. Il renvoie à la fonction de soins et non seulement à la personne

qui conduit une ambulance. Ainsi, le paramédic désigne celui qui pose des soins paramédicaux. Lors de leurs interventions, les paramédics doivent questionner leurs patients afin d'entreprendre les soins de stabilisation en lien avec leur état de santé. Ces soins incluent la défibrillation semi-automatique, l'installation d'un tube pour sécuriser les voies respiratoires, de même que l'administration de certains médicaments par voies intramusculaires, sous-cutanée, sous-lingual, orale, intra-nasale, et par inhalation. Pour ce faire, ils suivent des protocoles d'interventions préhospitaliers validés par les médecins en poste.

7.1.2 La formation des paramédics

Au Québec, pour pouvoir exercer le métier de paramédic, les candidats au poste doivent être titulaires d'une attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières ou d'un diplôme d'étude collégial (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence.

7.2 Portrait des répondants

Les paramédics peuvent être titulaires de postes à temps complet ou à temps partiel selon des types d'horaire prédéterminés par l'Agence régionale de santé de leur secteur. Ci-dessous, nous présentons le portrait de nos répondants en fonction du genre, de l'âge et de leur statut d'emploi.

Tableau 2. Portrait des répondants selon le genre, l'âge et le statut d'emploi

Répondants	Tranche d'âge			nplet par tranche d'âge	Temps partiel par tranche d'âge	
	20-44 ans	45-60 ans et plus	20-44 ans	45-60 ans et plus	20-44 ans	45-60 ans et plus
61 hommes	33	28	16	28	17	/
16 femmes	14	2	5	2	9	/
Total : 77 répondants	47	30	21	30	26	1

Afin d'obtenir le reflet des préférences et des attentes des répondants jeunes et moins jeunes, nous avons opté pour une organisation par genre et par tranche d'âge. De cette manière, il est possible de comprendre les préférences et les attentes des répondants selon la tranche d'âge et le genre mais aussi de mettre en évidence les difficultés qu'ils rencontrent en ce qui a trait à la conciliation emploi-famille/ vie personnelle et celle des fins de carrière, dans leur parcours de vie.

De manière générale, ce tableau montre que la majorité des paramédics hommes (33) et femmes (14) se situe dans la tranche d'âge des 20-44 ans. Nous observons également une main d'œuvre à prédominance masculine, les femmes n'étant entrées dans la profession que tardivement, ceci pourrait expliquer le nombre restreint de répondantes femmes (2), âgées de 45-60 ans et plus.

En ce qui a trait à la nature des postes offerts, la majorité des femmes (9/14) âgées de 20-44 ans a un contrat à temps partiel, alors que dans la même tranche d'âge, ce ne sont que (17/33) hommes qui sont titulaires d'un contrat de même nature En ce qui concerne la tranche d'âge de 45-60 ans et plus, tous les hommes ont un contrat à temps complet (28/28); il en est de même concernant les 2 femmes de ce groupe d'âge.

Ainsi nos données montrent que la majorité des paramédics hommes et femmes est âgée de 20-44 ans, qu'il s'agit d'une main d'œuvre à prédominance masculine, que les femmes âgées de 20-44 ans (9/14) sont employées d'avantage que les hommes (17/33) à temps partiel. Selon les propos de nos répondants, en règle générale, la plupart des jeunes qui sortent de l'école se voient proposer des contrats à temps partiel, ou sur appel. C'est seulement lorsqu'ils seront bien placés sur la liste d'ancienneté et que des postes vacants se présenteront qu'ils pourront obtenir un emploi permanent à temps plein. Voyons quelques citations à ce sujet.

En ce qui concerne l'emploi à temps complet, la totalité des hommes et des femmes de 45-60 ans et plus ont un contrat à temps complet, ce qui s'explique par leur ancienneté dans l'organisation et par leur volonté de ne pas obtenir un salaire moindre s'ils optaient pour un poste à temps partiel.

7.3 Entrée des répondants dans le milieu professionnel

Tout comme d'autres professions de santé (infirmière, professionnels de santé), la profession de paramédic relève également de la dimension d'aide à autrui, du don de soi. Si une minorité de paramédics ne parle pas de leur profession en termes de vocation, la majorité des répondants, voit en elle une vocation. Nous présentons quelques citations pour illustration.

> La profession de paramédic, une vocation?

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants : «C'est une vocation, c'est quelque chose qui m'a toujours attirée, d'être auprès des malades, essayer de donner du mieux pour les soulager.»

Femme. 20-44 ans, 1 enfant: «C'est une vocation, de pouvoir aller les aider à partir de chez eux et la plupart du temps c'est dans des moments de crise, vraiment le côté plus humain de leur venir en aide autant psychologiquement que physiquement.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Avoir le besoin de venir en aide à notre prochain, aux êtres humains, je pense que c'est l'amour de l'être humain qui nous amène à faire ce métier là.»

Homme 20-44 ans, 1 enfant: «Quand on a un patient, qu'on l'aide à cheminer dans ses souffrances, c'est pour ce point là que je fais ce travail- là.»

Pour cet autre répondant c'est plus le côté non-routinier de métier qui l'intéresse.

Homme, 20-44 ans, 1 enfant «Je l'ai choisi, mais ce n'est pas la vocation dans le sens, l'appel, la seule et unique chose que je me vois faire dans la vie, c'est quelque chose de très intéressant, mais je pourrais être aussi heureux dans un autre domaine, dans un autre métier. J'aime beaucoup mon métier parce que c'est sur le terrain, c'est beaucoup de variété, c'est jamais identique. »

A travers ces quelques citations nous notons la présence de termes souvent liés aux métiers dit «de vocation» dont les dimensions d'aide à autrui et de dévouement à une cause sont présentes ce qui peut se caractériser par un engagement professionnel fort.

7.3.1 Influence dans le choix de la profession

Bien qu'influencés dans le choix de leur profession, le désir d'aider autrui reste omniprésent pour les paramédics. Ainsi, qu'il s'agisse d'une voie encouragée par la famille, d'une réorientation de carrière ou de valeurs portées en soi, il n'en demeure pas moins que le désir d'aider autrui émane de leur choix.

Pour cette paramédic le désir d'aider autrui remonte à sa jeunesse, lorsqu'elle était sauveteur.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant : «En fait quand j'étais plus jeune, j'ai commencé en étant sauveteur, puis tout ça, puis j'aimais ça.»

Influencée par sa mère qui travaillait dans le domaine de la santé, cette paramédic a souhaité travailler, elle aussi, dans le domaine de la santé.

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Bien moi j'aimais beaucoup les soins de santé, ma mère elle travaillait dans le domaine de la santé. Tout ça me faisait capoter. Un moment donné c'est ça, j'avais découvert la job de paramédic.»

Le fait que la profession n'exige pas de longues études et la suggestion du métier de paramédic faite par son père ont guidé le choix de métier de ce paramédic.

Homme, 20-44ans, 1 enfant: «Je me cherchais justement une carrière comme ça, qu'est-ce que je pourrais faire sans avoir nécessairement besoin de retourner à l'école pendant plusieurs années et j'ai eu une suggestion de mon père qui m'a dit "je te verrais bien là-dedans" et à partir de là, j'ai vérifié qu'est-ce que ça impliquait et ça m'intéressait. J'ai fait les démarches.»

La rareté des postes, à l'époque de ce paramédic, a fait en sorte qu'il ne rejoigne la profession que plus tard.

Homme, 20-44ans, 1 enfant: «Comme je vous disais, ambulancier, c'était comme mon premier choix de carrière à 18 ans, mais voilà 22-23 ans, les postes d'ambulanciers étaient très rares, il n'y avait pas beaucoup de travail à ce niveau là. Alors, j'ai d'abord travaillé sur la construction.»

Pour ce paramédic, bien que sa première situation professionnelle fût satisfaisante, au niveau des conditions de travail, l'absence du côté humain dans son travail l'a poussé vers le métier de paramédic.

Homme, 20-44 ans, 1 enfant «J'ai été un travailleur de la construction, un travailleur d'usine, ainsi que directeur d'une partie d'une usine de portes d'armoires de bois franc. J'avais 10 personnes à ma charge, j'avais un horaire fixe, du lundi au jeudi, vendredi midi c'était terminé, à 2 minutes de la maison. C'était des bonnes

conditions de travail, mais, moi il me manquait quelque chose, il me manquait le côté humain. C'est ce qui m'a amené à faire mon cheminement au niveau professionnel en tant qu'ambulancier.»

7.3.2 Entrée en lien avec les études

Les citations ci-dessous, mettent l'accent sur le fait que s'agissant des répondants plus âgés des deux sexes, la profession de paramédic est en lien avec les études initiales hormis un homme qui avait poursuivi des études en soins infirmiers. Concernant les répondants plus jeunes, diverses formations ont été suivies en partie ou complétées, précédemment à celle de paramédic. En effet, certains répondants ont entamé des études devant mener au métier de médecin, d'infirmière, de massothérapeute, de policier, ou encore de journalisme. Nous notons ici qu'il s'agit toujours de choix d'études en relation avec la dimension d'aide à autrui.

La majorité des répondants situés dans la tranche d'âge de 45-60 ans soulignent que leurs études sont en lien avec leur entrée dans la profession.

Homme, 45-60 ans et plus, 3 enfants : «Depuis 1982 je fais de l'ambulance. J'ai fait une attestation, dans ce temps là.»

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: « J'ai fait une attestation de techniques ambulancières, c'était 150 heures, pas autre chose.»

Les quelques citations qui suivent soulignent que ce sont pour des raisons personnelles, d'abandon de la scolarité d'infirmière, de médecine jugée trop complexe ou encore de réorientation scolaire que ces répondants en sont venus à suivre une formation de paramédic.

Homme, 45-60 ans et plus, sans enfant: «Moi en 81, j'avais débuté mon cours de nursing et à la troisième année, j'achevais, je commençais ma dernière session, et pour des raisons personnelles un peu, le décès de mon père, j'ai abandonné mon cours, puis par la suite, j'étais déjà sur la job d'ambulancier, mais c'était juste les week-ends que je travaillais, je faisais un petit peu de remplacement et c'est à ce moment là que les postes officiellement ont ouverts sur l'ambulance.»

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Dans le fond, moi j'ai commencé en sciences pures, ma première idée c'était de m'en aller en médecine mais finalement je me suis rendue compte que c'était un petit peu trop, c'était trop dur pour moi, je n'aurais pas voulu compléter ces études là, donc j'ai complété mes sciences pures, ensuite je me suis en allée en techniques ambulancières».

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Bien, j'ai fait mon diplôme d'études secondaires, après ça j'ai fait 1 an et demi au cégep, j'ai fait l'accueil-intégration et une session en soins infirmiers, j'ai abandonné l'école puis je suis retournée à l'école par après, pour faire mon A.E.C en techniques ambulancières.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «J'ai fait un cours en massothérapie que je n'ai pas vraiment pratiqué, mais qui était intéressant à faire, et après ça, un AEC d'environ 9 mois pour le programme de techniques ambulancières.»

Après avoir complété sa technique policière, cette répondante s'est aperçue que son tempérament divergeait de celui requis pour être policière.

Femme, 20-44ans, sans enfant: Au cégep, j'ai fait des sciences pures que j'ai complété, après j'ai fait ma technique policière que j'ai complétée aussi, puis après j'ai fait mon cours d'ambulance Ce n'était pas dans mon tempérament d'être policière. Je ne me voyais pas bien, finalement, faire ce métier là, je me voyais plus aider les gens et en plus le métier d'ambulancière me convenait plus que la police.»

L'opportunité de se voir proposer un poste, qui nécessitait peu de formation, par une connaissance, a conduit ce répondant à changer de profession et à y prendre goût au fil du temps.

Homme, 20-44 ans, 4 enfants: « Moi, j'ai eu un diplôme d'études collégiales en Arts et technologies des médias, j'ai été journaliste pendant trois ans, après j'ai commencé à faire de l'ambulance, un petit peu par accident, je connaissais le propriétaire, il avait besoin de quelqu'un qui pouvait se libérer le jour, au niveau de la formation, ce n'était vraiment pas très exigeant au départ en 87 quand j'ai commencé, c'était un cours de 150 heures, c'était minime, donc j'ai .commencé la formation et j'ai commencé comme ça tranquillement et c'est presque sur le terrain que j'y ai pris goût, que j'ai développé l'amour du métier.»

Nous notons ici, que les études sont plus souvent en lien avec la formation initiale pour les répondants plus âgés, alors que les plus jeunes ont souvent débuté d'autres programmes de formation devant les mener à différents métiers, où néanmoins la dimension d'aide à autrui est également présente. Ainsi, il semblerait que pour la plupart des répondants l'engagement à la dimension de «care» soit important.

7.4 Les sources des difficultés en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Comme nous l'avons vu plus haut la profession de paramédic exige des employés prêts à répondre à un appel à n'importe quelle heure du jour où de la nuit, ce qui peut poser des difficultés pour la conciliation de la sphère professionnelle et privée. Ainsi nous proposons de voir sur quel type d'horaires travaillent les paramédics puis d'identifier les sources de difficultés rencontrées en lien avec ces horaires.

7.4.1 Les horaires des paramédics

Les paramédics sont employés sur différents types d'horaires : des horaires de quarts journaliers de travail rémunéré à l'heure (8, 10,12 heures) et des horaires de faction, notamment l'horaire 7/14. L'horaire 7/14 signifie que les paramédics sont de garde 7 jours sur 7 et demeurent au point de service ou à leur domicile, ce dernier devant alors être situé à 5 minutes au plus, du point de service. Les 7 jours suivants ils sont en congé. Cela équivaut à dire qu'ils sont en devoir 168 heures sur une période de 14 jours et sont payés pour 80 heures. De manière générale, les horaires à l'heure sont similaires à ceux se pratiquant dans le secteur de la santé; les paramédics travaillant alors, 4 ou 5 jours par semaine et une fin de semaine sur deux. Ci-dessous, nous présentons le type d'horaires effectué par nos répondants.

Tableau 3. Horaires des paramédics

	Horaires 7/14		Sur appel		Horaires de 8h, 10h, 12h	
Tranches d'âges des répondants	20/44 ans	45/60 ans et plus	20/44 ans	45/60 ans et plus	20/44 ans	45/60 ans et plus
61 hommes	24	20	5		4	8
16 femmes	7	2	2		5	
Total: 77 répondants	31	22	7		9	8

Ce tableau montre que la majeure partie des répondants hommes et femmes travaille sur des horaires 7/14. Dans la tranche d'âge des 20-44 ans, il s'agit de (24/33) hommes et concernant les femmes, (7/14) femmes ont ce type d'horaires. En ce qui concerne la tranche des 45-60

ans et plus, (20/28) hommes ont ce même type d'horaires, de même concernant les 2 seules femmes dans la même tranche d'âge. Nous relevons également qu'aucune femme de plus de 45 ans ne travaille sur des horaires de 8, 10 ou 12heures, et qu'aucun répondant de la même tranche d'âge ne travaille sur appel.

Selon les perceptions des paramédics, ces horaires ont des conséquences sur la vie conjugale, familiale et sociale, autant de thèmes traités par les paramédics lors des entrevues.

7.4.2 Les conséquences des horaires

Avant la présentation des propos de nos répondants, il faut noter que les paramédics effectuant des horaires 7/14 (la majorité dans notre recherche) demeurent en attente d'affectation pendant 7 jours, soit à partir de la caserne (logement meublé au strict minimum, seulement une chambre pour 2 personnes) ou de leur domicile, si celui-ci est situé à moins de cinq minutes de la caserne.

> Les horaires et la vie conjugale

En ce qui a trait à la vie conjugale, plusieurs répondants ont souligné les horaires comme pouvant être en partie responsables de frictions, de séparations, voire de divorces au sein des couples. Nous proposons, ci-dessous, quelques propos qui incitent aussi à voir l'effet à moyen-long terme de ces horaires et donc l'importance de prendre en compte la gestion des âges sur l'ensemble du parcours de vie. Notons que plusieurs paramédics sont en couple, mariés ou conjoints de fait avec des paramédics et travaillent dans cette même organisation et que la majorité des couples sont parents d'un ou plusieurs enfants.

Femme, 20-44 ans, sans enfants: «C'est sûr que pendant un certain temps, tu te vois pas, on s'ennuie...on a comme eu notre vie de célibataire pendant tout ce temps là et tout à coup pouf, tu te retrouves ensemble, c'est sûr que ça fait des conflits, cette situation là. Dans le fond t'es comme un peu dans un état dépressif...il t'énerve un peu (rire).»

Homme, 20-44 ans, 4 enfants: «On s'est séparé, les enfants étaient très jeunes. Bon cette période là, je partais 7 jours de la maison... donc c'est sûr que ma conjointe avec 3 enfants en bas âge, ce n'est pas la seule raison, mais disons que oui, disons que ça n'a pas beaucoup aidé, parce qu'elle était seule avec trois enfants en bas âge, toute seule pendant 7 jours.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Oui, bien quand j'étais sur un 7/14, j'ai eu la chance de me séparer deux fois (ironique). Parce que tu pars à toute heure de la nuit ou du jour faire des appels, ça fait que tu ne vois pas beaucoup tes enfants, t'as toujours une gardienne avec toi à la maison parce que ta femme travaille. Quand elle rentre, elle aimerait ça que tu restes avec elle, tu ne peux pas, toi tu repars, ça fait que la conciliation famille-travail, c'est assez difficile.»

Sur ce point, de manière générale, les hommes et les femmes de tous les âges soulignent la fragilité du couple qui semble être due aux horaires de travail. Plusieurs femmes paramédics mariées avec des paramédics de cette même organisation ajoutent la difficulté de vivre chacun de son côté pendant 7 jours et de se retrouver les 7 jours suivants 24 heures sur 24.

> Les horaires et la vie familiale

Nos répondants ont également souligné ce même type d'incidences avec la vie familiale. Pour illustration, voici quelques propos :

Femme, 20-44 ans, sans enfants, «Bien familiale, c'est comme je disais, même si je voudrais avoir des enfants, c'est pas possible avec cet horaire là, il faut que je fasse un choix, de laisser mon travail ou bien de prendre un temps partiel dans le bas de la liste pour pouvoir me retrouver, on ne sait jamais, finalement sur appel, ou je n'ai pas d'enfants. J'attends, puis j'espère que peut-être un jour il y aura un meilleur horaire. Dans le fond, ça l'empêche complètement la vie familiale.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «On est là, puis on n'est pas là, ma conjointe part à l'épicerie pour une demi-heure, puis je reste avec mon enfant qui a deux ans. Bien il faut vraiment que je me « calle » une gardienne ou je me « backe » avec une voisine, que si je pars sur un appel, qu'elle peut traverser ou vice-versa.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants : «J'ai 4 enfants, je me souviens comment j'ai dû faire des pirouettes plus jeune pour les accompagner ou les faire accompagner à des activités à l'extérieur, ça a souvent été un casse-tête. Maintenant, bon, les enfants sont plus vieux et je n'ai plus à me casser la tête comme ça là, mais au niveau des horaires de travail, ça a vraiment été difficile.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «On peut toujours demander une fête sur deux, on a le droit de faire ça, mais en tant que temps partiel dans les premières années de carrière, on se doit de travailler toutes ces fêtes là, les anniversaires des parents, les anniversaires des enfants....»

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «C'était dur parce que je ne pouvais pas donner du 100% comme j'aurais pu donner avec un horaire plus maniable. Ça a été très difficile au niveau des enfants, au niveau des gardiennes, parce que mon mari il partait à 6 heures le matin et les garderies ouvraient à 7h30. Si j'étais appelée entre

6 h00 et 7h30 c'était une voisine qui venait, Ça touchait tout, pas juste les études ou même le brin de jasette le soir au coucher mais même les loisirs avec les enfants, c'était très stressant.»

Pour les jeunes femmes de 20-44 ans ayant des enfants en bas âge ou prêtes à fonder un foyer, il n'est pas pensable de travailler dans ces conditions d'horaires. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles qui possédaient un contrat à temps complet et qui étaient bien situées dans la liste d'ancienneté ont demandé à changer de statut d'emploi (temps complet vers temps partiel), ce qui leur a permis d'effectuer des horaires à l'heure et de rentrer chez elles tous les soirs. Ce qui constitue comme pour les infirmières ou les professionnelles un des premiers tournants dans leur parcours de vie. D'autres, en âge de fonder un foyer, renonceront à avoir un enfant tant qu'elles ne seront pas titulaires de leur poste de travail, ce qui permettrait de travailler à temps partiel et de choisir ses horaires. D'autres encore songent à quitter leur emploi pour un emploi à heures fixes.

Les hommes de 20-44 ans énoncent plutôt des idées de logistique à mettre en place pour la garde des enfants (famille, parents, voisins). De manière générale, c'est plutôt du ressort de la conjointe «compréhensive» qui prend la totalité du congé parental lors de l'arrivée d'un enfant dans le foyer et qui travaillera à temps partiel par la suite. Ceci semble démontrer un lien précis entre les deux types de trajectoires (professionnelle et familiale) des femmes tout comme l'ont observé d'autres chercheurs (Oris et al., 2009).

Les propos de nos répondants (hommes et femmes de tous les âges) mettent en exergue la porosité des frontières entre la sphère du travail et celle de la sphère familiale, mais nous remarquons toutefois, que les préoccupations liées à la maternité, aux soins des enfants sont plus fréquentes chez les femmes. Nous pouvons aussi noter que l'arrivée d'un enfant ne semble pas influencer la trajectoire professionnelle de nos répondants masculins alors que c'est le cas chez les femmes.

L'imprévisibilité due aux horaires

L'imprévisibilité des horaires est également problématique quant à la gestion du temps personnel et professionnel. En effet, nos répondants voient les horaires réduire leur vie sociale, ainsi que la stabilité de la vie familiale ou conjugale.

Femme, 20-44 ans, sans enfants: «Euh, les horaires...Comme ça, d''être sur appel toujours, de ne pas pouvoir planifier ou travailler de nuit, ce n'est pas toujours facile...Combiner une nuit...Là je travaille de nuit, peut-être que demain je vais être appelée pour rentrer de soir, jeudi de jour, de bonne heure, c'est difficile de trouver une stabilité.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Je pense que le gros élément négatif, c'est surtout ça, les horaires où ce qu'on ne peut pas rien planifier, on ne peut pas avoir de famille non plus, on ne peut pas avoir de gardienne 24 h /24 disponible, quand on a des horaires comme ça, tu sais on ne peut pas avoir de loisirs, si on veut s'inscrire aller jouer au hockey une fois par semaine, bien une semaine sur deux, on ne peut pas y aller, toutes les activités c'est ça,.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Le vendredi on s'installe à table un vendredi soir, on se fait...., j'appelle ma blonde, mon amie, on se fait-tu un bon souper? Oui, on se fait un bon souper, parfait je vais aller faire l'épicerie, je vais faire l'épicerie, j'arrive, je commence à faire le souper, le téléphone sonne. Excuse moi faut que je parte! Il n'y a aucune...»

Comme nous l'observons ci-dessus, selon nos répondants, les horaires de faction et de nuit ne permettent apparemment pas aux individus de s'organiser et ce, tant dans la vie professionnelle que dans la vie personnelle.

7.4.3 Les liens entre les difficultés et la rétention des paramédics

Prendre le temps de souligner les succès de travail peut être considéré comme une source de motivation et de satisfaction donc, comme un moyen de rétention de ses employés. Les propos des répondants, ci-dessous, soulignent que de manière générale, l'employeur ne leur montre que très peu de reconnaissance. En effet, comme l'indiquent les citations ce sont les bénéficiaires des soins et le grand public qui expriment de la reconnaissance.

> La reconnaissance sociale du grand public et des clients

Dans les citations qui suivent la reconnaissance émane du niveau externe, c'est-à-dire des clients et plus largement au niveau social, par la valorisation du grand public, mais pas de la compagnie.

Homme, 45-60 ans et plus, 1 enfant «On n'a pas de reconnaissance. Ça ne vient pas souvent de la compagnie. On en a plus par des bénéficiaires qu'on transporte et qui nous disent merci quand on les rencontre à l'épicerie, puis tout ça, mais de la

compagnie, ça manque un peu ça.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Je dirais quand même une certaine reconnaissance, la valorisation en général du grand public, et surtout des gens que l'on traite et que l'on transporte. C'est pas mal ça. Jamais que mon employeur est venu me voir pour me féliciter ou bravo, par contre quand il reçoit des lettres des gens qu'on a transporté, il y en a qui sont fiers du service que je fais dans les familles, il fait quand même l'effort de me la transmettre, pour les fois que ça arrive.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant : «Juste le merci des patients, pas vraiment de l'employeur, je dirais que j'ai eu à deux occasions peut-être, une lettre de remerciements des patients qui m'a été transférée, mais sinon, par l'employeur, concrètement, il n'y a pas vraiment de reconnaissance.»

> La reconnaissance des collègues

Outre le client, la reconnaissance s'exprime également ici de manière horizontale c'est-à-dire entre collègues. Cependant, un petit geste de l'employeur serait bienvenu.

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Des fois c'est le client, l'employeur il n'est pas très porté à ça. Des fois dans le journal, on va voir à Québec qu'il y a des ambulanciers qui ont accouché une personne à la maison ou dans le véhicule et ils font le front page, puis nous autres si on le fait, on n'a même pas un petit mot, fait que c'est pour ça des fois je me dis, des fois ça serait plaisant une petite tape dans le dos, mais on s'encourage entre nous.»

La théorie de la reconnaissance souligne que de manière générale, les employés souhaitent être reconnus en tant que personne ainsi que dans les efforts qu'ils fournissent pour accomplir leur travail. La reconnaissance est un facteur majeur agissant sur la motivation et la satisfaction des employés. Ainsi, la quasi non-reconnaissance de l'organisation pour ses employés, pourrait avoir un effet négatif sur le maintien de ceux-ci en emploi.

> L'âge et les horaires atypiques, un obstacle au maintien en emploi

Si les horaires de faction sont difficiles en raison des conséquences sur la vie conjugale, familiale et sociale, il semble que plusieurs travailleurs pensent que ces horaires peuvent être encore plus difficiles avec l'avancée en âge, comme l'indiquent ces quelques extraits :

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Quand on vieillit on s'attend à une meilleure qualité de vie et si cette meilleure qualité de vie-là ne vient pas à cause du travail, je peux comprendre qu'il y en a qui ont des frustrations par rapport à ça.»

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Il faudrait que je « tofferais » selon eux jusqu'à soixante ans, je ne suis pas sûre encore dix ans, tu sais avoir la force physiquement... En vieillissant je le vois encore plus, parce que tu sais, en tout cas, plus jeune, il me semble j'allais dormir une couple d'heures, tu sais je revenais d'un appel, j'étais capable de redormir, mais là on dirait que depuis quelques années, en vieillissant, je ne sais pas pourquoi, j'ai bien de la difficulté à dormir le jour, fait que je pense qu'un moment donné ça atteint la santé.»

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Comment je vais réagir de 50 à 60 ans avec un horaire que je dois me lever comme cette nuit. J'ai dormi trois heures là, je ne suis pas sûr, là j'ai 38 ans, dormir trois heures, ça va, de nuit, mais est-ce qu'à 55 ans je vais être capable encore d'avoir cette énergie là, je ne sais pas. Moi j'ai l'impression que l'âge un moment donné devient un facteur très problématique pour les 7/14.»

Homme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «Professionnellement si je suis capable de me rendre dans 5 ans, je vais être content. Parce que disons que moi j'ai les genoux finis, j'ai une prothèse complète dans le genou droit. Il ne faut pas se le cacher, j'ai juste 51 ans...»

A travers leurs perceptions (âges et genres confondus) les paramédics mettent en évidence les difficultés physiques qui peuvent devenir un obstacle au maintien en emploi.

> La formation continue obligatoire

Dans la perspective de protection du public et d'amélioration continue de la qualité des soins, la formation continue occupe une place cruciale dans la profession de paramédic. En effet, la formation continue permet non seulement la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences, mais elle est également liée à l'évolution de la pratique et à l'émergence, au fil du temps, de nouveaux rôles nécessitant le développement de nouvelles compétences. Ci-après quelques citations sur le sujet :

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Il y a une formation continue chez les ambulanciers. On a des formations régulièrement à tous les 3 ou 4 mois. On a une formation pour l'amélioration du service ainsi que des nouvelles techniques.» Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «La formation continue, je pense qu'on est pas mal ... je ne sais pas s'il y a beaucoup de corps de métiers qui sont aussi formés et aussi mis à jour que nous, même qu'à un moment donné, ça devient parfois un petit peu lourd, en même temps on veut continuer d'évoluer dans le système.»

Homme 45-60 ans et plus, 1 enfant : «Quand j'ai commencé dans l'ambulance, je me suis dit, plus il y a de cours mieux c'est pour la santé. J'ai suivi un cours sur les arythmies cardiaques qui était sur une base volontaire, puis j'ai bien aimé ça. Puis, il devrait y avoir plus de cours, je les suivrais encore plus.»

> Les avancées logistiques et médicales comme sources de motivation

Homme, 20-44 ans 1 enfant: «On a de l'avancement avec les conditions de travail au niveau des outils qu'ils nous donnent pour travailler, c'est à dire qu'on a des outils qui nous facilitent le travail en forçant moins, en sollicitant moins notre dos. Des ambulances qui nous donnent plus d'espace pour travailler aussi. Des avancements médicaux donnés par les directeurs médicaux, par exemple pour intuber nos patients durant le transport, pouvoir choquer nos patients, donc on peut les défibriller, on peut les ramener à la vie, ce qui est beaucoup plus motivant, on peut également leur donner de la médication pour les soulager de leurs douleurs, donc je trouve que les conditions avancent quand même dans ce sens là, la profession est plus agréable à pratiquer.»

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «La formation est bien partie, depuis quelques années, ils sont à nous donner plus de formation, ça va apporter plus d'actes. Au début quand j'ai commencé, c'était juste presque un véhicule avec une civière, Après, est venue l'oxygène, puis tu sais au moins on peut donner des soins pour sauver notre patient avec le défibrillateur qu'on a, que moi-même j'en ai sauvés avec aucunes séquelles, là on a beaucoup de médicaments qui sont intégrés qu'on peut donner, qu'on peut soulager nos patients. De ce côté là, ce qui est positif c'est la formation, il faut qu'ils continuent d'avancer, ça va pas assez vite d'après moi, mais en tout cas, qu'ils continuent d'avancer de ce côté là, je pense que c'est le plus beau cadeau que j'en sors de ma profession, c'est que au moins, il y a de l'avancement.»

Les répondants expriment leur engouement, leur motivation ainsi que leur reconnaissance de pouvoir suivre ces formations qui leur permettent d'apposer de plus en plus d'actes médicaux afin de soulager les patients voire de leur sauver la vie.

> L'absence d'avancement une source d'insatisfaction?

Cependant certains paramédics déplorent qu'il n'y ait pas d'avancement possible autre que de gravir les échelons salariaux, bien que la formation continue soit un levier intéressant qui leur permet d'évoluer dans leur rôle.

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «S'il y avait autre chose que juste attendre au prochain échelon salarial parce que, là concrètement, il y a juste deux choses qui existent, il existe le prochain échelon salarial et il existe la possibilité de détenir un poste, ça serait agréable d'avoir différents niveaux d'évolution du métier, déjà là, ça ferait quelque chose où viser, des responsabilités de plus concrètement sur le terrain.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Je ne vois pas tellement d'ouverture, si on parle de graduer au niveau des postes.»

Femme 20-44ans, 1 enfant: «Il y a la formation continue qui nous est offerte tout ça, mais on ne voit pas nécessairement d'avancement. Il n'y a pas de classe de paramédics, pas de paramedics de base ou de paramédics de soins avancés, ce n'est pas encore comme ça. On se tient à jour, mais il n'y a pas d'objectif à atteindre nécessairement.»

Homme 20-44 ans, 1 enfant: «Il n'y a pas vraiment d'opportunité d'avancement. C'est un des défauts du métier je trouve. À part être ambulancier, il n'y a pas de niveaux 1, 2, 3, comme il en existe aux États-Unis ou en Ontario, ici, c'est uniforme.»

Bien que la formation continue soit un facteur de motivation, le fait de ne pouvoir évoluer que verticalement semble questionner les répondants (âges et genres confondus). Ce manque de perspective peut avoir un impact sur leur rétention en emploi.

> Le manque de mobilité horizontale

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «C'est que les possibilités sont tellement limitées, t'as deux poste sur l'ambulance...t'as ambulancier et t'as superviseur, donc tu sais, tu n'as pas d'entre deux, souvent dans d'autres endroits tu vas avoir des chefs d'équipe, des responsables de secteurs puis bon...nous, il y a ambulancier, il y a superviseur, puis il y a les gens de l'administration, donc il n'y a pas grand possibilité d'avancement.»

Homme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Ici, ce n'est pas une grosse compagnie, il y a trois superviseurs dans toute la compagnie, j'aurais aimé ça un jour moi devenir soit superviseur ou responsable. C'est quelque chose qui probablement n'arrivera jamais, parce que le superviseur dans mon secteur a quand même juste 52 ans, donc ça se peut que le jour que le poste s'ouvre que ce ne soit pas moi qui ait le poste.»

Homme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «C'est sûr que devenir superviseur, ce serait quelque chose qui m'aurait toujours intéressé, parce qu'on ne se le cachera pas, je ne suis pas intéressé à des jobs administratifs dans un bureau, ça serait vraiment de superviser le travail d'ambulancier qui m'intéresserait. C'est ça que j'ai visé toute ma carrière, sauf qu'avec les années, je le sais que les possibilités sont très limitées.»

Le manque de mobilité horizontale peut être également un facteur d'insatisfaction puisqu'il ne permet pas aux paramédics plus âgés de changer de poste en fin de carrière.

> Le déterminant de l'âge et la formation continue

La formation continue semble être plus problématique pour plusieurs répondants plus âgés; voyons leurs propos :

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: « Les jeunes et les plus vieux, tout le monde est formé. C'est ça, ils te cédulent pour tes formations, tu y vas. Mais peut-être qu'en vieillissant, pour certains les études ça rentrent moins bien. Mais si t'as un problème de ce côté là, ils vont te reprendre puis tu vas repasser et ils vont te réexpliquer, ils sont là pour leurs employés, tu sais, c'est pas pour faire couler le monde la formation, au contraire c'est pour le bénéfice des patients.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Il y a une affaire, c'est d'arrêter d'avoir des formations de plus en plus compliquées. Ça, ça serait un incitatif pour rester en emploi, parce que le problème, c'est qu'un moment donné t'as de la misère à suivre. Comme moi, j'ai eu une formation assez compliquée, je l'ai réussie, mais maudit que c'est compliqué à cette heure, c'est plus dur apprendre, c'est plus dur de s'en rappeler. Les formations ça dure au moins deux jours, tu te casses la tête, t'as mal à l'estomac, les jeunes n'ont pas de misère. Regarde ça nous prend toujours 80%, tu ne peux pas avoir 79%, c'est 80% ou tu ne passes pas. Il y a eu 75% d'échec, fait que les cours ne sont pas si faciles que ça, 75% d'échec.»

Selon nos répondants, le stress ressenti par les paramédics plus âgés (hommes et femmes, aux alentours de 50 ans), est dû au fait que s'ils ne réussissent pas les formations au bout de trois reprises, ils sont suspendus sans salaire et ne peuvent plus travailler tant qu'ils n'auront pas été formés (à leur frais) et obtenu leur mise à niveau. Ainsi, en résonnance aux propos cidessus, il semblerait que pour plusieurs paramédics plus âgés, la formation continue ne constitue pas un incitatif à demeurer plus longtemps en emploi, bien au contraire, elle les stresse.

Notons, qu'hormis la formation continue obligatoire (3 à 4 fois par an), il n'existe pas d'autre occasion de formation pour les paramédics. Cela pourrait être dû au contexte d'évolution des services ambulanciers, de redéfinition des responsabilités inhérentes aux paramédics, tout cela indiquant qu'il s'agit d'une profession en pleine mutation.

> Les enjeux liés à l'intergénérationnel

Nous présentons ci-dessous quelques extraits en lien avec la problématique de l'intergénérationnel, qui présente des enjeux importants dans le contexte de travail étudié.

Homme, 20-44 ans, 1 enfant: «Les jeunes aujourd'hui sont beaucoup moins tolérants qu'on l'était à l'époque. Nous on acceptait beaucoup plus et j'avais été élevé moi dans une famille où le travail était extrêmement important, c'était une valeur importante qui était véhiculée dans ma famille, donc on travaillait, on acceptait beaucoup de consignes peut-être plus restrictives de l'employeur. Aujourd'hui les jeunes sont beaucoup plus libéralistes, ils acceptent moins ces tâches là, ils se comparent beaucoup plus à ce qui se fait ailleurs dans le marché.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants : «Bien les jeunes ont hâte que les vieux s'en aillent pour avoir des postes et ils le font savoir! Ils se permettent souvent de dire "Vous devez être à la veille de prendre votre retraite, c'est quand que tu pars", régulièrement ils nous demandent ça pour savoir quand est-ce que les vieux vont partir.»

Homme, 45-60 ans et plus, 1 enfant : «Il y a une nuance entre l'ancienne génération et la nouvelle génération, les jeunes aujourd'hui ils se disent, finalement, c'est moi qui rend service à l'organisation parce que grâce à moi, ton ambulance elle va continuer à marcher.»

Ici on peut noter «l'effet poussoir» des jeunes (20-44 ans) sur les plus âgés (45-60 ans et plus) qui peut se traduire par un retrait prématuré de l'emploi des plus âgés ou un frein à transmettre leurs connaissances aux plus jeunes. Le climat de travail pouvant ainsi se détériorer et faire en sorte que la rétention de la main d'œuvre devienne de plus en plus difficile. Ainsi, ces citations démontrent l'importance de revoir les modes d'apprentissage en formation continue afin qu'ils soient adaptés aux besoins des individus pour ne défavoriser aucune classe d'âges (Marbot, 2007).

7.5 Les stratégies organisationnelles pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie personnelle

Cette organisation semble ne pas disposer de stratégie organisationnelle pour améliorer la conciliation emploi-famille/vie personnelle. Ceci peut s'expliquer car contrairement aux deux autres professions examinées, celle de paramédic n'est pas en pénurie de main d'œuvre, mais souffre de roulement du personnel.

De plus, les personnes en début de carrière qui travaillent à temps partiel (hormis les femmes qui l'utilisent lorsqu'elles ont un poste à temps plein comme stratégie de contournement) le font de manière subie en sachant qu'elles devront patienter plusieurs années avant d'obtenir un poste à temps plein. Les conditions de travail de ces personnes sont encore plus difficiles

puisqu'elles se doivent de travailler les jours fériés, faire les remplacements des collègues partis en congé etc. Ainsi de nombreux paramédics ont souligné l'absence de soutien de l'organisation à la conciliation emploi-famille/vie personnelle et donc à la carrière. Les citations ci-dessous illustrent nos propos :

> Les difficultés en lien avec le temps partiel

Femme, 20-44ans, sans enfants: «Je suis à temps partiel, donc je peux être appelée un peu n'importe quand, donc faut que je change un peu ma manière de vivre.»

Homme, 20.44 ans, enfants: «On peut toujours demander une fête sur deux, on a le droit de faire ça, mais en tant que temps partiel dans les premières années de carrière, on se doit de travailler toutes ces fêtes là.»

L'absence de soutien pour la conciliation de l'employeur

Homme, 20.44 ans, 2 enfants: «Le soutien par l'employeur non... On a le choix de rester ou de s'en aller (rire). Quand on a des problèmes d'horaires, on peut toujours demander congé, on peut toujours faire des changements avec un collègue, mais faire un changement le 24 décembre...c'est inutile d'essayer de le demander.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Il n'y a pas de soutien pour la conciliation, non, pas vraiment là, c'est vraiment des efforts personnels.»

Homme, 45-60 ans et plus, 1 enfant: «On n'est pas soutenu, il n'y a pas de conciliation, comme je vous dis, on demande et la compagnie dit non.»

Homme 20-44ans, 1 enfant: «Les seules fois que j'ai fait des demandes de conciliation, je n'ai eu aucune réponse.»

Ainsi, l'organisation agit comme si seule la sphère professionnelle existait, s'inspirant en quelque sorte du modèle de séparation décrit par Hall et Richter (1988). Comme le soutient ce modèle, l'organisation du travail et des carrières des paramédics se caractérise par des horaires rigides ainsi que par l'absence de mesures formelles de conciliation-emploi-famille/vie personnelle.

7.6 Les stratégies de contournement

En l'absence de mobilité horizontale (vers d'autres postes) les stratégies de contournement sont restreintes. Ainsi, pour concilier l'emploi-famille et la vie personnelle, plusieurs femmes qui étaient employées à temps plein ont opté pour un temps partiel en travaillant sur des horaires à l'heure afin de pouvoir mieux articuler la dimension professionnelle et les responsabilités parentales. Certains paramédics des deux sexes ont décidé de ne pas avoir d'enfant. D'autres paramédics comptent ou ont pu compter sur la compréhension de leur conjoint, plusieurs autres encore se servent de leur banque de congés payés et maladie, de congé sans solde pour répondre aux imprévus. Les hommes plus âgés se sont organisés différemment en vivant à 5 minutes du point de service.

> Le temps partiel comme stratégie de contournement

Femme, 20-44 ans, lenfant: «Je viens d'avoir un enfant, alors j'ai abandonné mon temps complet 7/14 pour un temps partiel sur un chiffre à l'heure, j'avais l'ancienneté pour le faire. C'est sûr que là ça joue sur mon salaire, mais non, je n'en referai pas de 7/14. Si j'ai à retravailler sur du 7/14, je vais prendre des congés, je vais être malade, je vais prendre du sans solde si on m'en donne, je n'en ferai plus, c'est sûr, ça c'est clair dans ma tête.»

> La prise de congé comme stratégie de contournement

Femme, 20-44 ans, 1 enfant : «C'est sûr pour concilier il y a des journées ou on peut mettre des vacances ou des journées qu'on se met pas disponibles.»

Renoncer à avoir des enfants

Homme, 45-60 ans et plus, sans enfant: «Je me rappelle de certaines copines que j'ai eues, puis à un moment donné, bien on pourrait avoir des enfants,...mais le travail me hantait un peu, j'étais un peu bourreau de travail. Quand on travaille dans cette job là, on travaille toujours une fin de semaine sur deux, fait que ça m'a un peu...je peux pas dire que c'est à cause de mon travail, c'est un choix que j'ai fait aussi, mais non, je n'ai pas d'enfants.»

Un conjoint ouvert et compréhensif

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Moi non, c'est ce que je te dis, j'avais un conjoint qui était très ouvert et très compréhensif, qui m'a aidée beaucoup, au niveau avec les enfants et même ça a été très très dur.»

Femme, 20-44ans, 1 enfant: «Ma date officielle du retour au travail après le congé de maternité, c'était il y a 10 jours, donc ça va être de compter beaucoup sur le conjoint pour qu'il s'occupe de notre petit garçon. Il a un horaire plus stable, de 7h du matin à 15h30, donc c'est lui qui va aller le chercher à la garderie tout ça, parce qu'il ne travaille pas la fin de semaine, il ne travaille pas les soirs, donc ça va être lui qui va s'occuper de tout cela.»

Homme, 45-60 ans et plus, 1 enfant: «Ma conjointe a accepté des baisses salariales pour travailler du lundi au vendredi de 8h à 4h, qui sont les heures de garderie, donc on a fait des concessions salariales, mais c'est surtout ma conjointe qui les a fait, pour pouvoir jumeler son horaire au mien.»

> Une gardienne au domicile

Femme 20-44 ans, I enfant: «J'ai un bébé de 14 mois mais j'ai la chance d'avoir une gardienne qui vient chez moi qui est assez disponible pas mal tout le temps, mais sinon si j'ai un conflit, bien je n'aurai pas le choix de demander un congé.»

> Le rapprochement géographique comme stratégie de contournement

Homme, 45-60 ans et plus, sans enfants: «Je me suis poussé en région, là l'horaire 7/14 moi je le vis agréablement bien, donc j'ai même quitté la ville pour rester sur ce genre d'horaire là qui me convient très bien. Je suis à mon domicile, puis quand on a des appels on se rend au poste, les paramédics demeurent tous à plus ou moins 1 km du poste d'ambulance, fait qu'on est tous proche.»

Comme nous le voyons ci-dessus, le nombre de stratégies est restreint et repose essentiellement sur des aménagements (déménagement, gardienne à domicile, aide du conjoint, de la famille, report ou renoncement à avoir des enfants) mis en œuvre par les professionnels. En effet, selon les répondants, seuls les employés possédant un contrat à temps plein peuvent choisir de passer à temps partiel pour obtenir des horaires à l'heure (selon la localité il peut tout de même y avoir des horaires de faction) et cela en fonction de leur positionnement sur les listes d'ancienneté. Il n'est également pas toujours facile, lorsqu'il s'agit de couples avec ou sans enfants, de déménager (l'un ou l'autre des parents sera toujours éloigné du domicile par rapport à son travail). La recherche d'une nouvelle gardienne est également problématique (planification peu prévisible) avec les horaires atypiques effectuées par les paramédics.

Il est également important de préciser que les congés sans solde, les congés de maladie, les congés payés, les congés de maternité (les femmes paramédics bénéficient du retrait préventif (grossesse et allaitement) et de parentalité) sont les seules mesures offertes. Ces mesures sont surtout utilisées par les femmes qui souhaitent obtenir une meilleure articulation de la vie professionnelle et personnelle.

7.7 L'intérêt des répondants pour les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail

Selon nos répondants, il semblerait que d'une année à l'autre, la profession de paramédic oscille entre pénurie de main d'œuvre et surplus de main d'œuvre. C'est dans un contexte de surplus de main d'œuvre que nous avons rencontré les paramédics. De plus, la profession est confrontée à un taux de roulement du personnel élevé sans doute en lien avec les difficiles conditions de travail attachées à la profession. Aussi, nous avons interrogé les paramédics sur les pratiques d'aménagement ou de réduction du temps de travail (ARTT) qui pouvaient les intéresser du point de vue de la conciliation emploi-famille/vie personnelle et de l'incitation à demeurer en emploi. Nous présentons ci-dessous une synthèse de leurs réponses Nous avons retenu leurs choix les plus intéressants c'est-à-dire ceux répondant à l'échelle couvrant «très intéressant à assez intéressant» ainsi que les choix les moins intéressants «pas intéressant à pas du tout intéressant». L'annexe 8 présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 4. Intérêts pour les mesures d'ARTT pour la conciliation (C) et l'incitation (I) à demeurer en emploi

MESURES	TI- AI 33 H et 14 F 20-44 ans	PI-PDI 33 H et 14 F 20-44 ans
Retraite progressive	H (27/33) C&I F (13/14) C et (12/14) I	
Retraite et emplois à temps partiel	H (29/33) C et (30/33) I F (13/14) C et (12/14) I	
Temps partiel volontaire	H (21/33) C et (26/33) I F (12/14) C et (11/14) I	
Horaires flexibles	H (27/33) C et (26/33) I F (11/14) et (10/14) I	
Journées de travail plus courtes	H (23/33) C et (21/33) I F (9/14) et (9/14) I	
Jours supplémentaires de congé	H (25/33) C& I F (13/14/) C et (14/14) I	
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H (18/33) C et (20/33) I F (9/14) et (9/14) I	
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payer le total des heures habituelles)	H (15/33) C et (12/33) I F (6/14) et (6/14) I	
Vacances annuelles plus longues	H (18/33/) C et (27/33) I F (13/14) C et (14/14) I	
Travail partagé volontaire	H (16/33) C et (9/33) I F (6/14) C et (6/14) I	
	28 H et 2 F de 45-60 ans et plus	28 H et 2 F de 45-60 ans et plus
Retraite progressive	H (28/28) C et (26/28) I F (2/2) C&I	
Retraite et emploi à temps partiel	H (22/28) C et (22/28) I F (2/2) C&I	
Horaires flexibles	H (15/28) C et (15/28) I F (1/2) C et (1/2) I	
Temps partiel volontaire	H (18/28) C et (17/28) I F (1/2) C et (1/2) I	
Travail partagé volontaire	H (17/28) C et (13/28) I F (1/2) C et (1/2) I	
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours)	H (13/28) C et (15/28) I F (1/2) C et (1/2) I	H (6/28) C et (8/28) I
Semaine réduite à 4 jours (payée 4 jours)	H (17/28) C et (14/28) I F (2/2) C et (1/2) I	
Journées de travail plus courtes	H (15/28) C et (12/28) I F (1/2) I	H (6/28) C (10/28) I
Jours supplémentaires de congé	H (26/28) C et (24/28) I F (2/2) C&I	
Vacances annuelles plus longues	H (25/28) C et (24/28) I F (2/2) C&I	

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme. Nous n'avons pas intégré dans ce tableau le nombre de réponses «neutre» des répondants.

Concernant 29/33 jeunes hommes, la mesure de retraite et temps partiel est perçue comme «intéressante à assez intéressante» pour la conciliation et 30/33 concernant l'incitation; la retraite progressive l'est également pour la conciliation et l'incitation à demeurer en emploi pour 27/33 jeunes hommes. Ces deux mesures sont également considérées comme «intéressante à assez intéressante» pour 13/14 jeunes femmes concernant la conciliation et 12/14 concernant l'incitation. La mesure d'horaires flexibles est également perçue comme «intéressante à assez intéressante» pour la conciliation pour 27/33 hommes et pour l'incitation ce sont 26/33 hommes qui la perçoivent comme «intéressante à assez intéressante». De même, 11/14 jeunes femmes la trouvent «intéressante à assez intéressante» pour la conciliation et 10/14 pour l'incitation à demeurer en emploi.

Tout comme leurs collègues plus jeunes, les paramédics (hommes) plus âgés sont intéressés par la retraite progressive 28/28 pour la conciliation et 26/28 pour l'incitation à demeurer en emploi. De même pour la mesure de retraite et emploi à temps partiel (22/28) pour la conciliation et autant pour l'incitation à demeurer en emploi. Pour les deux femmes âgées leur intérêt se porte également sur ces deux mesures.

En somme, les répondants (sexes et âges confondus) aimeraient pouvoir répondre aux dures conditions de travail de leur profession en réduisant leur temps de travail en fin de carrière sans perte de salaire, ni des avantages sociaux (cf. Marbot, 2007). La mesure de flexibilité des horaires semblent également attirés leur attention mais plusieurs nous ont dit ne pas bien voir comment elle pourrait s'appliquer à leur métier. Ci-dessous, quelques citations sur les mesures :

Les jours supplémentaires de congé

Femme, 20-44 ans, 1 enfant: «Les jours supplémentaire de congé c'est très intéressant parce que nous autres on pourrait prendre ces journées là et les mettre pour tomber à 4 jours.»

> Les vacances plus longues

Femme, 45-60 ans et plus, 2 enfants: «Oui c'est sûr que ça plus de vacances annuelles serait très intéressant. Je trouve que 25 ans, c'est long pour avoir une semaine de plus!»

> La retraite progressive

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Pour la retraite progressive, non, c'est ça, présentement on est en négociation, ça c'est sur la négociation, ces choses là, pour

la retraite, la préretraite, les journées 4 jours semaine, t'es payé 5 jours. Ce qu'eux autres nous offrent présentement, c'est de le prendre dans nos banques de maladie, dans nos banques de congés, on va être payés 5 jours, mais en fin de compte, c'est nous autres qui se la payent notre cinquième journée et non pas eux autres qui nous payent notre cinquième journée. En tout cas, ça va être une discussion qui va se faire entre l'employeur, le syndicat et le Ministère.»

Homme, 45-60 ans, 3 enfants: «La mesure de retraite progressive est très intéressante mais elle n'existe pas encore, le syndicat l'a demandée. Les employeurs sont en faveur avec ça, mais ils ne sont pas capables de dire qui va payer, par exemple.»

> La retraite et le temps partiel

Homme, 20-44ans, 1 enfant: «Le temps partiel, la retraite et le temps partiel...oui, c'est sûr, mais c'est des revenus de moins, finalement. Ça pourrait être une solution, mais c'est ça.»

Homme, 45 ans et plus, 2 enfants: «Ça serait intéressant la retraite et le temps partiel, mais il y a un problème c'est que quand tu prends ta retraite, il faut que tu donnes ta carte de travail, fait que si tu prends ta retraite, tu ne peux plus travailler, tu n'as plus ta carte, tu n'es plus valide.»

Femme, 45-60 ans, 2 enfants: «La retraite et emploi à temps partiel, ça serait très intéressant en fin de carrière. Aussi, c'est sûr qu'on peut rester un peu plus longtemps.»

Comme nous le voyons, la perte de revenu peut être un frein quant à l'attrait pour les mesures de temps partiel et de retraite et emploi à temps partiel. De plus, la mesure de retraite et emploi à temps partiel semble difficile à imaginer dans le travail de paramédic, puisque, selon un répondant, lorsque les personnes sont admissibles à la retraite, elles doivent rendre leur carte professionnelle et ne peuvent donc plus travailler dans le domaine. Elles pourraient sans doute faire un autre type de travail, mais reste à voir lequel. Voyons ci-après, quelles autres mesures pourraient les inciter à demeurer en emploi.

7.7.1 Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

Ci-dessous, nous proposons quelques autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi. L'annexe 8 bis présente les différents tableaux où sont comptabilisées de manière plus détaillée les réponses des répondants.

Tableau 5. Autres mesures en lien avec l'incitation à demeurer en emploi

AUTRES MESURES	TI- AI 33 H et 14 F 20-44 ans	PI-PDI 33 H et 14 F 20-44 ans	
Mobilité interne (occuper un autre poste) :	H: (10/33) F: (8/14)		
Mentorat de plus jeunes :	H: (27/33) F: (9/14)		
Donner de la formation :	H: (25/33) F: (10/14)	F: (4/14)	
Autre mode de gestion plus participatif	H: (9/33) F: (9/14)		
	TI-AI 28 H et 2 F de 45-60 ans et plus	PI-PDI 28 H et 2 F de 45-60 ans et plus	
Mobilité interne (occuper un autre poste)	H: (18/28) F; (1/2)		
Mentorat de plus jeunes :	H: (11/28) F: (1/2)	H: (11/28) F: (1/2)	
Donner de la formation :	H: (9/28)	H: (11/28) F: (1/2)	
Autre mode de gestion plus participatif	H:(5/28)		

TI-I: Très intéressant à assez intéressant; PI-PDI: Pas intéressant à pas du tout intéressant; H: homme, F: femme. Nous n'avons pas intégré dans ce tableau le nombre de réponses «neutre» des répondants.

Comme le montre le tableau, ci-dessus, les intérêts concernant l'incitation à demeurer en emploi sont divergents entre les jeunes paramédics et les plus âgés. En effet, le mentorat serait perçu comme «intéressant à assez intéressant» pour (27/33) jeunes hommes et (9/14) jeunes femmes; de même concernant la formation pour (25/33) jeunes hommes et (10/14) jeunes femmes. Les paramédics plus âgés perçoivent la mobilité interne comme «intéressante à assez intéressante» pour (18/28) hommes et (1/2) femme.

L'absence d'opportunité de changement de poste en fin de carrière semble être problématique pour les paramédics plus âgés. Mais ils voient dans le coaching, le mentorat ou dans d'autres métiers en lien avec le domaine de la santé, une solution à leurs difficultés mais aussi une manière de se valoriser en transmettant leurs connaissances.

A présent, à l'appui de quelques citations enrichissons ces nombres afin de leur donner du sens.

> Coaching et mentorat

Homme, 45-60 ans et plus, 3 enfants: «C'est intéressant ça. Parce que ça donne la chance à des nouveaux qui commencent leur carrière de voir un peu, une espèce de coaching qu'il pourrait y avoir quand ils débutent une carrière, des fois ils arrivent, ils sortent d'une formation puis ils ont eu du bourrage de crâne beaucoup, ils arrivent dans le milieu, puis ça pourrait être... ça pourrait être quelque chose qui serait très intéressant en fin de carrière, Ça en ferait des jobs, ça aussi pour des gens qui sont peut-être, qui ont eu de la difficulté un peu dans les formations puis qui seraient capables de faire du coaching, du mentorat avec des nouveaux qui commencent aussi. Ça aussi, ça pourrait être intéressant.»

Mobilité interne en lien avec le domaine de santé

Femme, 45-60 ans, 2 enfants: «Avoir dans le fond d'autres ouvertures dans la compagnie comme on dit, tu sais qui restent avec un lien au niveau de la santé, avec au niveau ambulancier, ambulancière, tu sais que ça toucherait ça, mais que ça ne serait pas tu sais dans le fond la même demande physique là. Oui, c'est sûr que si on pouvait, s'il y avait une ouverture dans la compagnie ou on travaille, oui c'est certain qu'on serait beaucoup plus longtemps.»

Les répondants que nous avons rencontrés ont mis en avant les difficultés liées aux problèmes de pénibilité dus à la pratique du métier avec l'avancement en âge, mais aussi à la prise de la retraite dont le fonds de pension sera minime, comme le témoigne les citations ci-dessous :

Homme, 45-60 ans, 1 enfant: «Bien, c'est sûr que le vieillissement de la main d'œuvre, c'est un gros problème. Parce qu'avec les fonds de pension qu'on a, on n'a pas avantage à arrêter jeune, ça fait que la plupart des personnes n'arrêtent pas avant 60-62, c'est une problématique, parce qu'à 60-62, quand il faut que tu voyages encore dans les marches pour aller chercher des patients puis, dans les accidents, sauter dans le fossé et embarquer dans l'auto, ces choses là, ce n'est pas confortable, même après je vous dirais qu'à partir de 52-53 ans, ça s'en vient plus raide.»

Homme, 45-60 ans et plus, 4 enfants: «Si mettons qu'à 55 ans, ou 53 ans il m'arrive quoi que ce soit, puis le fond de pension que j'aurai c'est très minime, tu n'es pas capable de vivre avec ça. Je ne sais pas, il faudrait nous intégrer dans quelque chose, au niveau des autres compagnies pour rester dans le domaine quand même, mais pas qu'on soit abandonné, parce que je pense que c'est ça que j'ai peur, moi.»

Ces propos montrent que pour contrer l'exclusion de ces travailleurs, il semblerait donc intéressant de leur permettre de réaménager leurs horaires, de leur proposer d'autres rôles en lien avec leur âge et leur état de santé physique.

7.7.2. L'effet et l'importance des pratiques de gestion des ressources humaines sur l'engagement, la motivation la rétention

Les caractéristiques de l'emploi de paramédic sont centrales dans le conflit emploifamille/vie personnelle comme nous l'avons vu tout au long des citations des répondants. En effet, l'importance des exigences liées aux horaires de travail caractérisent cette profession et semblent nuire souvent à la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

A partir des motifs de satisfaction et d'insatisfaction des paramédics, nous tentons de mettre en évidence l'importance et l'effet des pratiques de gestion des ressources humaines sur la motivation, l'engagement organisationnel, et la rétention en emploi des individus. Voyons d'abord les motifs d'insatisfaction, puis ceux de satisfaction relevés au long des propos de paramédics.

> Les motifs d'insatisfaction

- Les horaires de 7/14
- Le temps partiel subi
- L'absence de possibilité de mobilité interne

> Les motifs de satisfaction

- Les formations liées à l'évolution du métier
- La reconnaissance des patients

Les horaires de 7/14 ont une incidence néfaste sur la vie conjugale, familiale et sociale ainsi que sur la santé des paramédics et ceci durant tout le parcours de vie. Ainsi, les caractéristiques de cette profession et la quasi absence de mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail font en sorte que les frontières entre la sphère professionnelle et la sphère privée sont plus que poreuses. Ceci a une influence sur la satisfaction, la motivation et l'engagement organisationnelle du personnel. Dans cette organisation l'engagement affectif semble très faible. En effet, les efforts des employés (âges et genres confondus) ne sont à aucun moment valorisés, ce qui les empêche d'avoir le sentiment de participer au développement de l'organisation. Au contraire, l'engagement normatif peut être présent, les paramédics ayant une forte conscience de leur appartenance sociale (cf. Meyer et Herscovitch, 2001) qui leur permet de résister aux difficultés. Toutefois, la seule présence de l'engagement de continuité (cf. St Onge et al., 2009), peut mener les paramédics à quitter

l'organisation, leurs compétences étant transférables à d'autres organisations du même secteur.

Le modèle d'organisation des paramédics reflète celui de la séparation (cf. Hall et Richter, 1988), l'organisation agissant comme si la sphère privée n'existait pas et que seule la sphère professionnelle était importante.

Outre l'absence de mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, seule la mobilité verticale (avancement en salaire uniquement) permet aux paramédics de cheminer dans leur carrière. L'aplatissement des hiérarchies (trois superviseurs pour l'organisation), l'absence de conciliation emploi-famille/vie personnelle (cf. Cardinal, 2004) peuvent laisser penser que les carrières sont plutôt traditionnelles dans cette organisation, bien que les individus ne soient pas perçus comme indispensables au bon fonctionnement de l'organisation. Cette impossibilité d'évoluer d'une autre manière est également une source d'insatisfaction pour les paramédics qui se comparent, comme nous l'avons vu dans les citations aux paramédics ontariens et étatsuniens qui eux possèdent ce type d'avancement en poste. Ceci pourrait également inciter les paramédics à quitter l'organisation pour aller travailler dans une autre province, voire à l'étranger.

De même, avec l'avancée en âge, les paramédics semblent avoir plus de difficultés (physiquement) à exercer leur métier ce qui les stresse et les rend soucieux pour leur avenir. De plus, certains d'entre eux vivent également des difficultés à réussir les formations en lien avec l'évolution de leur métier, sans lesquelles ils ne pourront pas exercer. Ainsi tout comme l'ont souligné les répondants, la mise en place de nouveaux rôles moins exigeants physiquement accompagnés d'une formation plus en adéquation à l'égard les paramédics vieillissants permettraient la poursuite de leur parcours professionnel jusqu'à leur fin de carrière et sans doute au-delà, comme indiqué dans certaines citations. Sans ce soutien de l'organisation, ces derniers n'auront, sans doute, nulle autre solution que de quitter leur emploi.

Plusieurs jeunes femmes ont à faire de lourds choix lorsqu'elles veulent avoir des enfants. Certaines attendront d'être titulaires d'un poste à temps complet (ce qui peut prendre plusieurs années), qui leur permettra d'obtenir ensuite un poste à temps partiel, d'autres décideront de ne pas avoir d'enfant. Ainsi les femmes qui mettent leur projet de maternité

entre parenthèses pourraient avoir des difficultés à tisser un lien affectif avec l'organisation et ne demeureraient en emploi dans celle-ci que par dépit. Ainsi, la rétention de ces femmes semble précaire. Comme le soulignent Sullivan et al (2007), peut être que ceci est dû au fait que la théorie des carrières était construite à partir de modèles masculins où la complexité des carrières des femmes aux prises avec des responsabilités familiales et professionnelles n'étaient pas prises en compte. La profession de paramédic restant masculine bien que les jeunes femmes y ont fait leur entrée depuis quelques années.

Concernant les jeunes hommes le travail à temps partiel semble subi. En effet, en début de carrière les paramédics sont employés à temps partiel, ce qui engendre des insatisfactions car ils se voient confier les remplacements de leurs collègues qui travaillent à temps plein, sur les périodes de fêtes, de vacances etc. Ceci laissant encore moins de place à la vie familiale et personnelle. Certains qui ne réussissent pas à faire leur 40 heures chez l'employeur, sont obligés de travailler sur appel pour d'autres employeurs, leur salaire ne leur permettant pas de subvenir à leurs besoins. Dans ces conditions, l'individu pourrait quitter l'organisation lorsqu'il aura trouvé un employeur qui répondra à ses attentes et à ses besoins.

Tous les paramédics ont souligné l'absence de reconnaissance de l'employeur. Cependant, l'aide à autrui qui les animent ainsi que la valorisation de leur travail, de leurs efforts, faite par les clients (lettres qu'ils reçoivent ou remerciements de vive voix) et la communauté, semblent avoir un effet très positif sur leur engagement professionnel. Ainsi, pour les paramédics comme pour les infirmières, c'est le jugement d'utilité sociale (Dejours, 1993) qui les aide à aller de l'avant malgré les difficultés. Le jugement de beauté (Dejours, 1993) étant porté par les collègues de travail.

Comme nous l'avons vu la profession de paramédic est en constante évolution ce qui a une influence sur le rôle des paramédics qui doivent se tenir à jour constamment. L'approche de parcours de vie nous a permis sur ce point de mesurer d'une certaine manière l'évolution de la profession, au fil du temps, qui comme le disait une répondante âgée se réduisait à son début de carrière «à un véhicule et à une civière». Depuis, les temps ont bien changé et les paramédics posent de plus en plus d'actes médicaux. Ce qui signifie que parallèlement ils ont à suivre et à réussir de nombreuses formations obligatoires. Bien que quelques personnes âgées aient des difficultés à réussir d'emblée ces formations, pratiquement toutes ressentent une grande motivation à apprendre des choses nouvelles qui vont leur permettre de soigner

des gens ou parfois, de sauver des vies. Ainsi ce type de motivation intrinsèque à l'accomplissement, tel que décrit par Vallerand et al. (1989) permet aux paramédics d'êtres satisfaits et heureux puisqu'ils sont efficaces et compétents dans leur travail. Le désir de voir la profession se développer et de se développer soi-même encore plus, font en sorte qu'affectivement ils sont très attachés à leur profession. Ainsi, l'engagement affectif semble avoir une grande influence sur le fait de demeurer dans la profession malgré les lourdes conditions de travail. Ceci montre aussi, que le jour où ils ne pourront plus suivre ces formations et que l'organisation n'aura pas prévu de solutions alternatives à leur égard, il risque d'être difficile de les retenir dans l'organisation.

A présent, voyons l'importance des différents facteurs qui influent sur les parcours de vie en lien avec la théorie des carrières.

7.8 L'importance des facteurs et parcours familiaux pour revoir la théorie des carrières

Pour mener à bien notre recherche, nous avons axé le découpage des parcours de vie de nos répondants sur les évènements ressentis comme marquants dans leur vie personnelle ou professionnelle et qui ont influencé leur parcours professionnel. Ainsi, l'élément marquant pour les femmes est toujours la maternité, moment auquel elles effectuent un tournant dans leur vie (cf. Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007), en faisant le choix après avoir pris le congé de maternité, de travailler à temps partiel. Ainsi, à l'identique des femmes des deux autres groupes professionnels, les femmes paramédics relevant du type de trajectoire parentale s'inscrivent dans un type de trajectoire professionnel à temps partiel tout comme l'indiquent Oris et al., (2009) dans leurs travaux sur les parcours de vie. Ceci met en évidence l'interdépendance entre la sphère familiale et la sphère professionnelle, la sphère familiale étant la source du changement.

Concernant les jeunes hommes, il semble, qu'aucun d'entre eux n'a fait le choix du temps partiel pour s'occuper de ses enfants; lorsqu'ils travaillent à temps partiel, ce dernier est subi. Il en est, d'ailleurs, de même pour les jeunes femmes en début de carrière. Ainsi, comme le soulignent Oris et al., (2009) dans ce cas les trajectoires de temps partiel pour ces répondants hommes et femmes ne dépendent pas de la trajectoire familiale.

Un autre tournant important apparaît puisque plusieurs paramédics âgés ont fait le choix de déménager pour se situer à proximité des points de service ce qui leur permet de rester à leur domicile en attente des appels mais aussi de vaquer à leurs occupations personnelles (loisirs). Ainsi, bien que la nature du tournant change, c'est toujours la trajectoire familiale et personnelle qui est à la source du changement. Tout comme l'énoncent Lalive d'Epinay et Cavalli (2007), ce type de changement spatial peut également être associé aux enjeux familiaux.

L'évolution constante de la profession de paramédic semble faire en sorte de réduire temporellement l'étape de maintenance et de passer par l'étape d'exploration, un certain nombre de fois. En effet, les nombreuses formations obligatoires suivies par les paramédics de tous les âges remettent en cause l'étape de maintenance qui correspond selon Kets de Vrie et Miller (1985) à la routine et où les individus bénéficient de moins de formation. Ce sont d'ailleurs, l'absence de routine et les nombreuses formations qui ont un impact positif sur l'engagement professionnel des paramédics. Ainsi, le mode séquentiel (devoir passer par une étape pour passer à l'autre) n'est pas pertinent (cf. Weick, 1976), ici, l'étape de maintenance (routine) semble quasi inexistante. Par le fait, on peut noter une absence d'automatisme entre l'âge, le genre et l'étape de vie professionnelle, les jeunes paramédics (hommes et femmes) ainsi que les plus âgés étant amenés à passer dans les étapes d'exploration et de maitrise à plusieurs reprises dans le parcours professionnel. En somme, pour tous les paramédics les allers-retours entre les étapes d'exploration (apprentissage) et de maîtrise (développement) semblent être de mise dans la profession. Il semblerait, selon nous, que le concept de «recyclage» de carrière de Super (1984) ne se limite pas simplement aux individus qui choisissent de changer de domaine ou d'activités mais aussi à ceux dont les professions évoluent rapidement et qui n'ont d'autres choix que de passer de l'étape de maitrise à celle d'exploration à plusieurs reprises dans leur parcours professionnel, pour un même poste, ce qui semble être le cas des paramédics. Contrairement à ce que soulignent Hall et Goodale (1986), l'étape de désengagement peut survenir très tôt dans le parcours professionnel des paramédics surtout en l'absence de mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail. De plus, même en fin de parcours, les paramédics ne semblent pas se situer dans l'étape de désengagement. En effet, ceux-ci sont désireux de se voir offrir des postes moins exigeants (physiquement et mentalement parfois) mais toujours en lien avec le domaine de la santé, ce qui pourrait leur permettre de travailler plus longtemps.

Alors que le modèle d'étapes de carrière permet de rendre compte de la situation d'un individu, à un âge donné, dans une des quatre étapes de carrière, le modèle des huit ancres de carrière (cf. Schein, 1978) permet d'examiner les motivations et les priorités qui orientent les choix de carrière des individus, tout au long du parcours professionnel. Contrairement au postulat de Schein qui prône la dominance d'une ancre durant la carrière, les perceptions des paramédics montrent que plusieurs ancres peuvent coexister. En effet, si l'«ancre dévouement à une cause» oriente la carrière et est présente tant pour les hommes que pour les femmes de tous les âges, l'ancre «qualité de vie» qui repose sur les besoins des jeunes mères, coexiste ensuite avec celle-ci. Concernant les jeunes hommes l'«ancre dévouement à une cause» est dominante car leurs besoins portent d'abord sur la réussite de la carrière, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'ont pas de besoin de conciliation comme nous l'avons vu. Concernant la majeure partie des hommes et des femmes plus âgées l'«ancre dévouement à une cause» semble dominante pour les répondants qui vivent 7/7 jours en caserne, cependant, ils souffrent également de ne pouvoir concilier l'emploi et la famille/vie personnelle. Pour une minorité de répondants masculins plus âgés, le fait d'avoir déménagé leur permet de faire coexister l'«ancre dévouement à une cause» avec celle de «qualité de vie». Ainsi, il semblerait que l'employeur ne tiennent pas compte des attentes et des besoins de sa main d'œuvre en ne leur proposant pas de soutien formel (pratiques de gestion des ressources humaines) ou informel (reconnaissance) ce qui expliquerait le roulement du personnel.

Le modèle kaléidoscopique²⁸ de Mainiero et Sullivan (2005) repose sur les choix que font les individus en matière de carrière et de vie personnelle. Ainsi, en début de carrière les paramédics (hommes et femmes) semblent s'inscrire dans les paramètres d'«authenticité» et de « défis» ils répondent à leurs valeurs profondes (aider les autres) et apprécient les défis que présente leur métier. A la maternité les femmes prennent le congé parental et s'arrêtent ainsi de travailler souvent durant deux années, le paramètre Balance domine à ce moment là; lorsqu'elles reprennent le travail ensuite elles font un compromis en ne travaillant qu'à temps partiel sur une période plus ou moins longue. Ce compromis leur permet de répondent au paramètre d'«équilibre» mais aussi à ceux de «défis» et d'«authenticité». Concernant les jeunes hommes, les paramètres d'«authenticité» et de « défis» restent plus prégnants

²⁸ Les choix que les femmes effectuent en matière de carrière et de vie s'inscrivent dans la réponse aux questions suivantes : Authenticity: Can I be myself in the midst of all of this and still be authentic? Balance: If I make this career decision, can I balance the parts of my life well so that there can be a coherent whole? Challenge: Will I be sufficiently challenged if I accept this career option? Lisa A. Mainiero, L.-A., and Sullivan, S.-E (2005) «Kaléidoscope Carrers: An alternate explanation for the "Opt-Out" revolution» Academy of Management Executive, 2005, Vol. 19, No. 1, p.113.

puisqu'ils construisent leur carrière mais sont également en quête du paramètre «Balance». Pour finir, en fin de carrière les hommes et les femmes aspirent toujours aux «défis» et à l' «authenticité» mais cherchent également à concilier l'emploi et leur vie personnelle (famille, loisirs etc.) en souhaitant obtenir des horaires moins lourds. Ce modèle nous a permis de montrer à quel moment du parcours de carrière les répondants sont amenés à orienter leur carrière en fonction de leurs besoins et attentes et ainsi, à mettre en évidence que les paramédics ont des besoins de conciliation emploi-famille/vie personnelle, tout au long de leur parcours professionnel.

Dans le prochain chapitre nous présentons les perceptions des directeurs de ressources humaines ainsi que des représentants syndicaux quant à la conciliation emploi/famille/vie personnelle ainsi que les fins de carrière.

CHAPITRE VIII

LES PERCEPTIONS DES DRH ET DES REPRÉSENTANTS SYNDICAUX SUR LA CONCILIATION EMPLOI-FAMILLE

Dans le but de mieux comprendre le contexte de travail des différents professionnels de santé (infirmières, professionnels de réadaptation, paramédics) rencontrés, nous avons conduit des entrevues, lorsque c'était possible, à différents échelons de la hiérarchie. Ainsi, nous avons pu rencontrer cinq directeurs des ressources humaines et quatre représentants syndicaux, dans les différents établissements. Nous présentons ci-dessous, notre calendrier des entrevues par établissements.

Tableau 1. Calendrier des entrevues par établissement

Établissements	Date et lieu des entrevues	Type de questionnaire	DRH	Syndicat
Société ambulancière	17 novembre 2010 : 2 entrevues effectuées dans l'entreprise.	Grille d'entrevue composée d'une partie qualitative et quantitative, reprenant les mêmes thématiques que pour les employés mais administrée de façon plus ouverte.	1	1
CSSS 1	Novembre 2010 : 2entrevues effectuées au sein de l'établissement.	IDEM	1	1
CSSS 2	Avril 2011 : 1 entrevue effectuée par téléphone.	ĪDEM	. 1	
Centre de réadaptation 1.	10 janvier 2011 : 2 entrevues effectuées au Centre.	IDEM	1	1
Centre de réadaptation 2.	22 et 24 février 2011 : 2 entrevues effectuées au Centre.	IDEM	1	1
TOTAL			5	4

Les entrevues portaient sur les perceptions des DRH et des représentants syndicaux en lien avec la conciliation emploi-famille/vie personnelle et les fins de carrière et nos questions étaient administrées sous la forme de «parlez moi de...».

8.1 Le contexte de travail

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la conciliation emploi-famille/vie personnelle ne semble pas être perçue de façon identique dans les trois organisations examinées. Nous présentons ci-dessous les problèmes liés au contexte du marché du travail qui, selon les DRH et les représentants syndicaux, ne permettent pas toujours d'offrir des mesures de conciliation entre la sphère professionnelle et la sphère privée.

La pénurie de main d'œuvre

Alors que les DRH et les représentants syndicaux des hôpitaux, CSSS, CLSC et des établissements de réadaptation parlent de pénurie de main d'œuvre, le DRH et le représentant syndical des paramédics parlent de roulement du personnel. Voyons ci-dessous, quels sont les facteurs qui corroborent leurs points de vue respectifs :

DRH, professionnels de santé 2 «Il y a plusieurs facteurs de pénurie : concurrence avec l'ouverture du marché privé; il y a aussi les jeunes diplômés qui cherchent à travailler moins d'heures, ils accordent beaucoup d'importance à leur vie personnelle et travaillent un nombre d'heures moins important. De façon générale, il y a moins de main d'œuvre disponible.»

DRH, paramédics: «On n'a pas de pénurie présentement, parce qu'il y a beaucoup de formations, de DEC qui se terminent, donc je vous dirais que présentement dans mon bureau, j'ai au moins 30 CV qui veulent travailler, mais je n'ai pas d'ouvrage à leur offrir. Si on reculait d'un an en arrière, je n'aurais pas le même discours là, mais le Ministère a voulu inonder le marché, puis le marché il est inondé.»

DRH, infirmières: «On doit trouver des formules...notre génération on voulait équilibrer nos heures, la nouvelle génération veut aller encore plus loin, équilibrer leur vie et pas juste leurs heures, ils veulent plus de temps pour leur vie personnelle et moins au niveau du travail, la difficulté qu'on a comment on y répond... comment travailler 3 ou 4 jours semaine quand les besoins de l'organisation sont différents... on ne peut pas toujours répondre parce qu'on est en pénurie de main d'œuvre .»

> Le roulement du personnel chez les paramédics

Syndicat, paramédics: «Il n'y a pas de pénurie d'ambulanciers, il y en a en masse, le seul problème c'est qu'ils ne restent pas. Ils vont travailler ailleurs parce qu'ils ne veulent pas passer leur vie sur des horaires de 7/14, ils aiment mieux des horaires à

l'heure. Cela fait qu'ils vont travailler à l'extérieur sur l'Intercom ou à Montréal ou à Québec pour avoir des horaires à l'heure, c'est plus facile à vivre.»

Syndicat, paramédics: «Il y a de moins en moins de monde qui sont motivés à faire du 7/14, et quand on demande à l'employeur s'il y a moyen de faire quelque chose, il répond s'ils ne veulent pas travailler pour moi, ils vont travailler ailleurs...ça ne change rien pour nous autres. Fait que quand tu te fais répondre ça on est des numéros, on n'est plus des humains. Il y a 35 ans quand je travaillais, on n'était pas des numéros, on était des individus, puis on était des chums et tout ça.»

Nous voyons que le marché du travail est caractérisé par une pénurie de main d'œuvre concernant les établissements de santé et un roulement de la main d'œuvre du côté des paramédics. Selon les propos, la pénurie est due à la recrudescence de la concurrence (secteur privé), mais aussi à la génération des jeunes employés qui n'acceptent plus de sacrifier leur vie familiale et personnelle pour la vie professionnelle. La profession de paramédic semble, quant à elle, fluctuer, au fil des années, entre pénurie de main d'œuvre et surabondance de personnels. Cependant, les horaires atypiques (7/14) semblent avoir un impact négatif sur la rétention des employés qui vont chercher de meilleurs horaires de travail dans d'autres organisations de paramédics.

Les difficultés liées au contexte de travail en lien avec les demandes de conciliation emploi/famille/vie personnelle

Hormis l'organisation de paramédics, la pénurie de main d'œuvre semble avoir un impact sur le remplacement du personnel partit en congé de maternité, en congés parentaux ainsi que sur les départs des travailleurs plus âgés et rend donc ainsi plus difficile le service à la clientèle.

DRH, professionnels: «Il y a des demandes en conciliation emploi/vie familiale ou vie personnelle, mais la difficulté c'est d'être en mesure d'avoir suffisamment de remplaçants pour combler les parties de postes manquants et d'être sûr qu'on est quand même capable de rendre service à la clientèle dans les différentes disciplines. Aussi, la problématique pour nous ça va être la journée où on va dire non parce qu'à un moment donné, on ne sera plus capable de remplacer puis plus de gens vont s'absenter et faut quand même être en mesure de rencontrer notre mission. A l'heure actuelle on a réussi à remplacer mais dans certains types d'emploi ça devient beaucoup plus difficile.»

Syndicat, infirmières «On a essayé de faire une conciliation mais l'employeur est plus bloqué pour donner 1 journée par semaine, ça dépend aussi de la masse, on a beaucoup de travailleuses qui partent en congé de maternité et quand elles reviennent, elles refont un 2ème bébé et partent en congé parental alors c'est très difficile de donner une journée fixe dans la semaine à quelqu'un. Tu sais, c'est toujours l'équité entre travailleurs, par exemple si 40 % sont à faire leur petite

famille, 40 % au bord de la retraite, comment on fait, on n'a pas de monde, on n'a pas de solution. Les demandes particulières même avec preuve, pas de gardienne etc., ça ne passe pas.»

Syndicat professionnels: «La plus grosse difficulté à gérer ici c'est les congés de maternité, chaque femme part deux à trois fois en moyenne. Donc on a beaucoup de remplacements, la plus grosse difficulté c'est de recruter pour les remplacements.»

La principale difficulté du côté des paramédics semble être le manque de marge de manœuvre face au Ministère, qui empêche de revoir les horaires 7/14, en horaires à l'heure par exemple.

DRH, paramédics: «Malgré la croyance populaire, il y a plusieurs employés qui pensent qu'on a un pouvoir de modifier, puis pour certaines zones qui sont problématiques dû aux charges de travail, on fait des pressions pour modifier les horaires de 7/14, mais c'est une question de budget. On se cachera pas là, moi, ma masse salariale est subventionnée par le Ministère, puis si je décide de rajouter une équipe, même si je le prenais dans mes fonds autonomes, sans avoir l'autorisation de l'Agence, il y a des règles de prescrites, ça peut aller jusqu'au point où on peut perdre notre permis d'exploitation. Donc, quand je dis que j'ai pas de marge de manœuvre, je veux dire, j'ai les deux mains attachées.»

Cependant dans le contexte de pénurie de main d'œuvre, si les organisations veulent retenir leur main d'œuvre elles devraient tenter de leur permettre de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle. Ainsi nous proposons de voir quelles sont les mesures offertes dans ces établissements, du point de vue des DRH et syndicats.

8.2 Les mesures offertes par les employeurs en ce qui a trait à la conciliation emploifamille/vie personnelle

De nombreuses mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail sont proposées dans les conventions collectives nationales mais c'est la partie négociée localement qui semble faire la différence d'un établissement à un autre.

Les conventions collectives

Syndicat, professionnels: «L'année passée le syndicat a fait des propositions au niveau national pour qu'il y ait une ligne de conduite nationale. Il y a une partie de la convention qui est négociée au niveau local on essaie de concilier le travail et la famille. Il y a eu des demandes faites pas toujours acceptées par l'employeur, on

demandait une plus grande flexibilité encore dans les horaires pour pouvoir transférer les pauses de fin de journée ou en début de journée, d'allonger ou de raccourcir l'heure du midi ou du diner.»

Syndicat professionnel: «Ici on est régi avec une convention collective donc c'est plus au niveau national qu'on essaie d'avancer sur l'aménagement du temps de travail, des horaires variables, on aimerait pouvoir cumuler plus de temps, le traitement différé pourrait être plus court que 6 mois, on a des demandes ici, c'est sûr qu'il pourrait y avoir plus de mesures... on en discute au niveau national pour essayer de faire avancer les conventions collectives. On s'en tient à la convention collective mais on a une bonne convention locale donc on est favorisé par rapport à d'autres.»

DRH, infirmières: «On a tellement d'articles de convention qu'on peut utiliser où il y a beaucoup de conciliation exemple pour les parents vieillissants prendre congé et tu perds rien, congés enfant malade rémunéré, congé étude, journées fériées, trois journées de congé personnel, fractionnement d'une semaine de congé à prendre en jours, l'été des horaires atypiques des 12h00 ou des sept jours de travail et sept jours de repos pour que les gens profitent de leur famille mais pour l'été on veut innover davantage. C'est sûr que dès qu'on peut faire bénéficier quelqu'un on le fait car dans les conventions on peut toujours dire non, c'est du cas par cas, alors on va voir mais on ne laisse jamais personne avec un problème.»

DRH, infirmières: «On va donner du temps pour la petite enfance, faciliter pour que les papas et les mamans aient une place en CPE, pas trop loin, puis il y a tous les volets dans la Convention Collective, congés sans solde, temps partiel, aménager le temps de travail si c'est possible, quand on peut les autoriser oui, mais on n'est pas toujours capable de les autoriser...c'est là qu'on tombe dans un cercle vicieux avec la pénurie de main d'œuvre.»

Bien que de nombreux congés soient offerts par le biais des conventions collectives les demandes des employés ne sont pas toujours acceptées. Ainsi, c'est au cas par cas que les DRH examinent les demandes et répondent favorablement dans la mesure du possible.

Les mesures négociées localement

DRH, professionnels : «Ici on offre 4 jours-32 heures, c'est local. Mais il y a une difficulté parce qu'il y a certaines personnes qui prennent la 5^{ème} journée pour travailler ailleurs, elle est où la conciliation?»

DRH professionnels: «Il y a des demandes en conciliation emploi famille ou vie personnelle, ici les gens peuvent avoir un poste de 5 jours semaine et demander à en faire 4 en conservant un poste de 5 jours.»

Syndicat, professionnels «Ils offrent des choses qu'il n'y a pas ailleurs, on peut prendre des congés sans solde, on peut prendre une journée ou deux dans la semaine même si on a un poste de 5 jours. La convention dit que ce n'est faisable

qu'un an mais eux le renouvellent d'année en année, ça c'est un avantage que beaucoup de mères apprécient. On n'est pas obligé d'avoir cinq ans d'ancienneté non plus pour partir en congés différés... ils sont flexibles dans les différents congés pour permettre aux employés de faire autre chose.»

Comme le soutiennent les propos des répondants, la partie de convention négociée localement permet en quelque sorte d'assouplir la convention nationale et de faire en sorte de mieux coller aux besoins qui se font ressentir localement. Ceci démontre l'écoute et la prise en compte des attentes et des besoins des employés par les employeurs.

> La flexibilité des horaires

Syndicat professionnels: «Dans la pratique les gens vont coller leur pause sur l'heure du diner ou vont diner moins longtemps ou partent plus tôt le soir. Puis, si quelqu'un a un appel de l'école, l'enfant est malade, tu demandes à ton patron alors t'es libérée là, mais c'est informel.»

Syndicat, professionnels: «Ici ce qui fait la grande différence c'est l'horaire flexible pour la plupart des employés. Certains ont un horaire fixe, les autres gèrent un peu leurs horaires, c'est un facteur qui contribue à la rétention. Cela n'a jamais posé problème, c'est un des gros avantages.»

Cependant, pour les infirmières, la flexibilité ne semble pas être possible

DRH, infirmières: «Les horaires flexibles c'est difficile pour une unité de soins. On donne des soins aux patients, il y a des volets ou on ne peut pas être flexible, compte tenu des patients.»

Outre les mesures formelles offertes aux employés, la flexibilité des horaires (mesure informelle) est également un élément crucial pour les employés. Ici les perceptions montrent que les professionnels de réadaptation peuvent en bénéficier assez facilement et que c'est un moyen de rétention de la main d'œuvre. En revanche, du côté des infirmières, la flexibilité des horaires semble être inapplicable en raison des soins à donner aux patients.

D'autres stratégies en lien avec le bien-être

En raison de la pénurie de main d'œuvre (infirmières et professionnels de santé) mais aussi du roulement du personnel (paramédics), les établissements ne sont pas toujours en mesure d'offrir du temps à leurs employés, pour faire face aux difficultés de conciliation entre la sphère professionnelle et privée. Ainsi, un établissement de professionnels de réadaptation a

intégré une philosophie organisationnelle, «Planetree» dont la philosophie de base est que si les professionnels sont bien dans leur milieu de travail, les patients recevront des soins de qualité; du côté des infirmières des efforts sont faits pour proposer des mesures plus en lien avec la santé et le bien être de la main d'œuvre.

> Une philosophie organisationnelle : le modèle «Planetree»

DRH, Professionnel: «En fait nous au niveau des objectifs on ne travaille pas uniquement sous l'angle de l'attraction et de la rétention en fait avec la démarche de l'approche centrée sur la personne Planetree, en fait quand on va travailler quelque chose pour notre clientèle on va regarder si on est capable de travailler de la même façon, sous le même angle de vue pour notre personnel, donc c'est très très en lien avec nos objectifs organisationnels, du mieux-être pour notre personnel et on offre la même chose à notre clientèle et quand on travaille de cette façon un peu macro , on va travailler l'interpersonnel, l'empowerment, l'information, sur les environnements de travail, sur l'âme, le corps et l'esprit, on va travailler ensemble sur ces variables, c'est une approche très intégrée et intégrante... on a vraiment un cadre conceptuel.»

> Les stratégies pour faire face à la pénurie

DRH, professionnel: «Pour l'instant on comble les emplois en recrutant dans le même type d'emploi, sinon on regarde avec les professionnels s'il y a des types d'emploi qui peuvent venir aider à la tâche pour libérer d'avantage le professionnel, on va le regarder comme ça.»

> Les stratégies de rétention pour faire face à la concurrence

DRH, professionnels: «On s'entend qu'on se compétitionne avec les établissements publics avec des conditions de travail normées provincialement donc c'est quoi la marge de main d'œuvre, c'est la qualité de la vie professionnelle, le cadre clinique dans lequel les professionnels évoluent et aussi quelques mesures comme offrir une garderie, un stationnement.»

Syndicat, professionnels: «On a une Inukshuk (salle blanche) avec des jets douche, des lumières apaisantes pour relaxer c'est accessible à la clientèle et aux employés quand elle est disponible. On peut aller se reposer à l'heure du diner par exemple. Ils vont faire un jardin thérapeutique au courant de cette année, on va pouvoir travailler avec les clients dans le jardin mais on va aussi pouvoir relaxer dehors. Il y a aussi une volière.»

DRH, infirmières: «On est en cours d'obtenir la norme entreprise en santé, on a un petit gym. On a aussi des rabais bien-être, des réductions sur des massages, des produits biologiques, dans une librairie et des magasins de sport. On a aussi une cafétéria pas très élaborée mais nous sommes en cours de réflexion pour offrir des

menus santé. Au niveau du transport on voulait offrir des services de navette, mais je ne sais pas si ca c'est fait... avant les gens en parlaient beaucoup et une fois mis là peu d'utilisateurs, pas souples comme moyen.»

Les propos de nos répondants montrent qu'ils tentent de ne rien négliger pour retenir leur main d'œuvre. Les établissements (infirmières et professionnels de réadaptation) mettent en évidence l'importance de la qualité de vie au travail qui devrait permettre aux employés de travailler plus sereinement en leur offrant un stationnement, une garderie, une cafétéria proposant des menus santé, etc. Ces mesures pourraient avoir un impact sur l'engagement et la rétention de la main d'œuvre, l'employeur démontrant ainsi son intérêt pour ses ressources.

Outre les mesures offertes, certains DRH et représentants syndicaux réfléchissent à d'autres moyens innovateurs qui pourraient permettre d'améliorer les conditions de travail dans leur profession respective. Ainsi, un DRH soulève la possibilité d'attribuer aux infirmières leur propre gestion des horaires en faisant de la rotation d'équipes de travail. Un autre propose de créer un réseau de gardiennes. De même, l'application de journées de travail plus courtes semblerait être une avenue pour les infirmières travaillant dans le cadre de projets d'équipe. Le partage de certaines tâches avec des professions qui ne sont pas en pénurie semble également être une solution pour contrer la pénurie de certaines professions (physiothérapeute). Selon le représentant syndical des paramédics, la transformation des horaires de 7/14 en horaires à l'heure de 12h devrait permettre de retenir les jeunes employés. De plus l'instauration de deux classes de paramédics (une pour les conducteurs et une pour les préposés aux patients) avait également été proposée au Ministère mais n'a pas été retenue. Voyons, ci-après, les citations des répondants sur le sujet :

Créer des équipes autonomes et faire de la rotation de postes

DRH, infirmières: «Il y a une avenue que les équipes deviennent autonomes et qu'elles gèrent leur temps de travail entre elles, en sachant que la priorité c'est le soin aux patients. Travailler sur des horaires de 12h00, travailler 7 jours, faire de la rotation, elles aiment ça. Il faudrait rendre les équipes autonomes pour la gestion des horaires.»

Création d'un réseau de gardiennes

DRH, infirmières: «On n'est pas sûr que ça existe, mais on voudrait créer un réseau de gardiennes, en demandant à nos employés si leurs enfants en âge de garder des petits seraient d'accord pour faire partie d'un réseau de garde par

secteur géographique mais on ne sait pas jusqu'où on est à risque pour faire ça. On va travailler là-dessus.»

Des journées de travail plus courtes

DRH, infirmières : «Les journées de travail plus courtes pourraient s'appliquer dans le cadre de projets d'équipe, on aimerait aller vers cela.»

> Transformation des horaires 7/14 en horaires à l'heure

Syndicat, paramédics: «On aimerait que les horaires se transfèrent à l'heure au lieu des 7/14. Par exemple quand il y a des remplacements qui se font sur les 7/14, les donner à l'heure, autrement dit au lieu d'avoir un temps partiel qui fait 24 heures, avoir deux partiels qui font 12 heures, je suis sûr qu'on réussirait à garder plus notre monde.»

> Instauration de deux classes d'ambulanciers

Syndicat, paramédics: «On a déjà demandé qu'il y ait deux classes d'ambulanciers sauf que c'est assez compliqué à faire, parce que quand t'es ambulancier, la première chose que le Ministère demande, c'est que tu sois capable d'être conducteur et préposé avec les patients, fait que si au départ tu ne peux pas faire la job de préposé avec les patients, tu ne peux pas être conducteur, il faut que tu sois capable de faire les deux.»

> Apprendre à partager les tâches

Syndicat professionnel: «Il faut avoir des projets novateurs en organisation du travail. Il va falloir recruter des techniciens qui ne sont pas en pénurie de personnel et il va falloir apprendre à partager le travail un peu plus en interdisciplinarité. Souvent, on a des zones grises par exemple pour la préparation des repas à domicile, une ergo peut le faire et un éducateur peut aussi le faire, donc il faut apprendre à partager, faire des projets en organisation du travail, il va falloir changer nos façons de faire sinon on aura des personnes qui ne recevront pas les services. Faudra utiliser plus les techniciens (éducateurs, en rééducation physique) ici on ne les utilise pas selon leurs compétences. Il n'y en a pas dans tous les programmes parce que les professionnels sont réticents à en avoir, réticents à faire des évaluations et à déléguer le travail.»

Ces propos montrent que les DRH et les représentants syndicaux sont conscients des difficultés que rencontre le personnel et que des pistes de réflexion sont proposées et pourraient permettre d'améliorer les conditions de travail dans les trois groupes professionnels

Le développement des connaissances par la formation continue et le programme de relève des cadres semblent être un facteur important de rétention de la main d'œuvre. Cependant, si le financement partiel ou total des études semble être proposé aux professionnels, les infirmières doivent demander un congé sans solde pour suivre une formation.

> La formation continue et la relève des cadres

DRH Professionnels: «On a plusieurs mesures de formation, c'est un programme assez important c'est presque trois fois plus que se requiert la Loi du 1 % avec un volume de formation assez important pour chaque professionnel. On n'offre pas un portefeuille de formation mais on est dans une approche faite de demandes en lien avec la spécificité des activités propres à nos professionnels, ensuite les demandes sont étudiées par un comité. On a aussi un programme d'études supérieures 2ème et 3ème cycle, qu'on finance à hauteur de 50%. On a aussi un programme de relève des cadres pour les personnes qui ont envie d'occuper des postes cadre, on les libère une partie de leur temps de travail pour qu'ils puissent suivre une formation que l'on finance en gestion.»

Syndicat, infirmières: «Les congés sans solde qui avant n'étaient pas refusés, le sont maintenant à cause de la pénurie de main d'œuvre. Le seul avantage que l'employeur donne toujours c'est des congés sans solde pour études avec preuve dans le milieu de la santé. S'il y a une personne qui part aux études elle peut demander un congé sans solde partiel ou total.»

Concernant les paramédics, nous avons vu que la formation continue était essentiellement liée à l'évolution des rôles dans la profession. Ici les propos du DRH soulignent le fait qu'avec l'avancée en âge les paramédics verraient plutôt la formation comme un incitatif à quitter l'emploi. Cependant, nous avons vu à travers les perceptions des paramédics que ce n'est pas l'évolution des rôles qui représente un frein, bien au contraire, la formation a un impact fort sur l'engagement professionnel et la rétention de la main d'œuvre. Le problème semble plutôt résider dans la manière dont est donnée la formation pour ce public plus âgé ainsi que sur les enjeux que représente le fait de ne pas réussir la formation.

DRH, Paramédic: «La formation, ils en ont déjà beaucoup, puis je ne pense pas que ça crée l'intérêt de rester au contraire, c'est peut-être un incitatif à partir, parce que la profession avance, les formations sont beaucoup plus difficiles, c'est des formations obligatoires pour le maintien de leurs permis de travail.»

Syndicat, paramédcis: «Entre 45 et 55 ans, c'est ceux là qui ont de la misère à l'école. À s'asseoir sur les bancs d'école, fait que j'en ai quatre entre 45 et 55 ans dans le même point de service et les quatre ont échoué, fait que c'est un peu plus compliqué dans ce temps là. Alors, tu les prends, tu les reformes.»

L'approche de parcours de vie permet d'examiner l'évolution des rôles sociaux que les individus détiennent au fur et à mesure qu'ils vieillissent (Palvako, 2000). Ainsi, voyons à présent quelles mesures sont offertes en fin de carrière, aux trois groupes professionnels examinés.

8.3 Les mesures offertes par les employeurs en fin de carrière

Avec la pénurie de main d'œuvre, la charge de travail est de plus en plus lourde et nombreux sont les employés qui en fin de carrière souhaitent réduire leur temps de travail. Ainsi, dans le but de garder leurs employés le plus longtemps possible en emploi, les établissements proposent des mesures de réduction du temps de travail. Les citations ci-dessous illustrent les mesures offertes ainsi que les raisons qui font leur succès.

DRH, professionnels: «La retraite progressive, c'est une souplesse qui est appréciée les gens qui ont plusieurs enfants l'utilisent plus comme de la conciliation. De façon générale ça reste un élément excessivement attractif.»

DRH, infirmières: «C'est sûr que pour les gens qui sont prêts de leur retraite, il y a des congés qui existent, il y a des retraites progressives. Ils peuvent diminuer graduellement leur pourcentage de temps travaillé afin d'être capables de poursuivre leur travail.»

DRH, paramédics: «Pour mes vieux, au niveau de leur qualité de vie, bien il y a des clauses dans la convention qu'ils peuvent prendre du temps partiel sans solde, ils peuvent prendre jusqu'à deux jours par semaine de partiel sans solde, mais ils gardent les mêmes avantages que s'ils étaient temps complet.»

> Les mesures négociées localement

DRH, professionnels: «Il y a assez peu de choses, il y a quelques mesures avec le nombre de jours de vacances, ici localement on donne une journée de vacances de plus pour les gens qui ont plus de 30 ans de service mais ce sont de très petites mesures.»

Syndicat, professionnel «A partir de 55 ans, on peut signer un congé de préretraite en diminuant de 4, 3, 2, jours de travail mais pas moins. Le contrat a une durée maximum de 5 ans et à la fin on est obligé de prendre notre retraite, on a le statut

de temps partiel avec les avantages des temps partiel et on contribue au maximum avec l'employeur à notre REEGOP. Les avantages sociaux c'est-à-dire par exemple qu'au lieu de prendre des congés que l'on n'a pas besoin, congés maladie, fériés, on peu toucher un pourcentage sur la paie. Ça c'est une mesure locale, ils nous permettent aussi si t'as pas besoin d'argent à la fin de l'année au 30 novembre je crois..., de les reporter et de les prendre au moment de Noël. On a quand même une bonne organisation on peut toujours avoir plus, mais c'est une bonne organisation.»

> Retraite et emploi à temps partiel

DRH, infirmières: «Il y a des personnes qui décident de prendre leur retraite, et des fois ils reviennent au bout d'un an, parfois au bout de quelques semaines, ils décident alors de revenir une journée ou deux comme ça leur tente, aussi le réseau de la santé le permet, donc ça c'est beaucoup plus facilitant.»

Tel qu'indiqué dans les citations, la mesure de retraite progressive est offerte par tous les établissements de santé. Cependant comme nous l'avons vu les paramédics ne souhaitent pas bénéficier de cette mesure qui entrainerait une perte de salaire et sont d'ailleurs en négociation pour trouver une solution. Un établissement de réadaptation a d'ailleurs solutionné ce problème en proposant aux professionnels de rémunérer les congés non-utilisés (maladie, fériés etc.) durant l'année et octroie aussi une journée de vacances supplémentaire, au delà de 30 ans de service. De plus, fait important, les propos montrent que la retraite progressive n'est pas seulement une mesure qui permet de diminuer graduellement le temps de travail pour être plus à même de poursuivre sa carrière, mais aussi un moyen de conciliation entre l'emploi et la vie familiale/personnelle, qui demeure toujours une attente et un besoin, même en fin de carrière. Plus tard, après la prise de la retraite, tous les personnels de santé peuvent également faire le choix de retourner en emploi, à temps partiel.

> Autres mesures qui pourraient être proposées en fin de carrière

Si la réduction du temps de travail semble importante en fin de carrière, avoir la possibilité d'offrir des postes dans lesquels les individus pourront transférer leurs connaissances semble tout aussi indispensable pour maintenir la main d'œuvre en emploi.

DRH, paramédic : «La mobilité interne, ça c'est sûr que ça pourrait être très intéressant en fin de carrière, mais on a un défaut dans le domaine préhospitalier, c'est que les possibilités de promotion sont quasi-inexistantes.»

DRH infirmières: «Je pense que dans le réseau de la santé, dans le fond, si on utilisait nos ressources qui ont 30 35 ans d'expérience et de belles réalisations... si on partageait ce savoir là, on les maintiendrait quelques jours en emploi cela leur permettrait de pas travailler à temps complet car ils sont rendus à une étape de leur vie où ils veulent concilier.»

DRH, infirmières: «Il faut garder ces gens et leur faire jouer un rôle différent pour qu'ils transfèrent leur savoir. Si on n'aménage pas leur temps de travail ils vont partir. Quand ils partent à 55 ans ou à 57 ans dans le secteur de la santé c'est possible, ils ont encore beaucoup à apporter à l'organisation et comme les organisations sont très rigides c'est soit du temps complet ou rien du tout, on perd nos ressources dans le réseau de la santé.»

DRH, infirmières: «Pour les fins de carrière faut trouver des façons de financer pour embaucher des mentors, des tuteurs, des coachs etc. mais comment on finance ça... faut pas laisser partir ce savoir, c'est un défi de tous les jours.»

DRH, infirmières: «On n'a pas de poste pour des gens en fin de carrière mais il y a des opportunités qui existent coach pour les cadres, mentorat pour passer l'expérience...»

Les propos ci-dessus mettent l'emphase sur l'intérêt de créer des postes moins exigeants en termes de temps de travail pour permettre aux individus en fin de carrière de concilier les deux sphères (professionnelle et familiale et personnelle) mais aussi, de proposer un travail moins lourd, ciblé sur la transmission des connaissances.

> Congé de rétention

Pour retenir leur main d'œuvre, certains établissements offrent également des congés de rétention, en fin de carrière

DRH, infirmières: «Chez nous il existe un congé de rétention pour les cadres, par exemple un gestionnaire qui pourrait partir à la retraite on lui dit: si tu restes chez nous, on t'accorde 5 ou 10 jours de congés de plus.»

La rationalisation de certaines mesures qui semblaient avoir un impact sur la rétention de la main d'œuvre est décriée, ici, par des syndicats :

Syndicat, infirmières: «Je pense que dernièrement on a conclu une nouvelle convention et on a enlevé les congés rétention les R55, 5 jours de congé de plus, payé, pour un temps plein, ca été coupé par l'agence de la santé ...vraiment

dommage d'avoir coupé ça car c'était un incitatif de rétention pure de notre catégorie d'infirmières.»

Syndicat, infirmières «Avant il y avait les incitatifs ministériels qui sont des mesures estivales pour le temps supplémentaire; on avait 40 à 50 dollars de bonus, cela concernait les gens en pénurie mais ça a disparu.»

Pour conclure ce chapitre, les perceptions des DRH et des syndicats infirmiers ont montré qu'en raison de la pénurie de main d'œuvre, il est devenu difficile de maintenir sa propre main d'œuvre en emploi, si l'organisation n'offre pas des mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail ainsi que de la qualité de vie au travail, ceci ayant un effet positif sur la conciliation de l'emploi et de la famille/vie personnelle. L'organisation des paramédics semble, quant à elle, bénéficier d'un grand bassin de main d'œuvre mais souffre d'un fort roulement de son personnel, dû aux difficultés des horaires atypiques, particulièrement ceux de 7/14.

A travers les propos des DRH et des syndicats d'infirmières, nous notons le souhait d'aider les employés dans la conciliation emploi-famille/vie mais concernant les DRH des professionnels de réadaptation il s'agit d'une volonté plus affirmée puisque ces derniers se démarquent par des mesures de convention collective négociées localement. Si ces deux établissements apparaissent plus ouverts à la conciliation emploi-famille/vie personnelle, cela ne semble pas être le cas pour l'organisation des paramédics. Ainsi, du côté des infirmières il semble que les difficultés de remplacement du personnel demeurent toujours un frein à la conciliation des deux sphères. Ne pouvant offrir du temps aux infirmières, les établissements semblent compenser en proposant des services de garderie, des services à proximité (commerces), et un endroit dédié au sport dans l'établissement. Ce modèle de gestion se rapproche du modèle d'intégration (cf. Hall et Richter, 1988) de la sphère professionnelle et privée. Les pratiques offertes aux professionnels de santé font appel tant au modèle d'intégration, qu'à celui de respect de la vie professionnelle et de la vie privée (Hall et Richter, 1988). En effet, outre les services de garderie et de bien être au travail, des mesures formelles comme la semaine réduite à quatre jours, et des mesures informelles (flexibilité des horaires) sont offertes aux employés. Concernant les paramédics, il semble que ce soit le modèle de séparation (cf. Hall et Richter, 1988) des deux sphères (professionnelle et personnelle) qui prévaut, modèle qui se caractérise par la rigidité de

l'organisation du travail (horaires) et l'absence de soutien formel et informel et où, seule, la sphère professionnelle prime.

Plusieurs programmes de formation sont offerts aux professionnels de santé et aux infirmières. Ainsi, les professionnels de santé et les infirmières ont le choix de suivre des cours en lien avec les spécificités de leur emploi, de suivre des cours universitaires ou de participer à la formation de la relève des cadres, et d'occuper un poste de gestion ensuite. De plus, certains professionnels ayant opté pour la semaine comprimée en 4 jours, travaillent la 5ème journée à l'université, d'autres travaillent en privé. Ceci semble questionner le DRH quant au bien fondé de l'utilisation de la mesure de semaine comprimée dans une perspective de conciliation emploi/famille, puisque cet objectif ne semble pas celui des participants à cette semaine de 4 jours en fin de compte. Au vu de ces éléments, nous pouvons penser que le cheminement de carrière, pour certains professionnels de réadaptation, relève dans une certaine mesure de la carrière nomade (cf. DeFilippi et Arthur, 1996), même s'ils jouissent généralement de la sécurité d'emploi.

Bien que les DRH et les représentants syndicaux n'aient pas évoqué l'importance de l'obtention du baccalauréat en sciences infirmières, ni même celle du programme de relève des cadres, tout comme pour les professionnels, le cheminement de carrière des infirmières peut dans une certaine mesure être comparé à celui des carrières nomades (cf. DeFilippi et Arthur, 1996), qui se caractérise ici par une mobilité horizontale permettant de changer de poste, de secteur ou de métier (poste clinique vers un poste de gestion ou d'infirmière dans le secteur privé), mais il faut souligner par contre que le personnel de santé conserve toujours sa sécurité d'emploi, ce qui le place dans un contexte assez différent des vrais « nomades ». En effet, ces derniers peuvent aussi connaître des périodes de chômage et de travail autonome. On peut donc considérer aussi que les infirmières et les professionnels ont toujours des emplois caractérisés par un fort « marché interne », mais que la mobilité horizontale s'est accrue au fil des ans, parfois pour des motifs d'intérêt professionnel, mais aussi, souvent, pour des motifs de meilleure conciliation. Ainsi, en développant leurs connaissances de manière continue, ce sont les individus qui tentent d'imposer leurs choix de carrière, tout au long du parcours de vie, pour tenter de concilier le travail et la famille/vie personnelle.

Malgré un rythme soutenu de formation, les paramédics n'ont pas la possibilité d'avancer dans la hiérarchie, ni même de changer d'emploi au sein de l'établissement. Ainsi, les

carrières des paramédics semblent plus s'apparenter à des carrières traditionnelles, bien qu'elles ne répondent pas à certains critères les décrivant; on note l'absence d'avancement au niveau du grade et au niveau hiérarchique; l'individu n'est pas perçu comme indispensable à l'organisation au fil du temps et l'organisation ne tient pas compte de l'équilibre entre l'emploi et la famille/vie personnelle (Cardinal, 2004).

Quoique conscients des enjeux liés à la perte des connaissances des personnels plus âgés, les propos des DRH et des représentants syndicaux montrent que peu de mesures sont offertes en fin de carrière. Si certaines infirmières et professionnels de réadaptation bénéficient de la retraite progressive, ce n'est pas le cas concernant les paramédics, pour qui la perte de salaire engendrée par la réduction du temps de travail représenterait un trop grand manque à gagner. Tous les DRH et les représentants syndicaux apprécieraient de pouvoir proposer des postes aux plus âgés en lien avec du mentorat, du coaching mais ils disent que les budgets manquent. Ce manque de mesures, en fin de carrière, risque donc de venir accroitre la pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé.

Nous terminons ici avec les perceptions des DRH et des représentants syndicaux et nous consacrons notre prochain chapitre à la discussion de l'ensemble des résultats présentés dans les derniers chapitres, sur les divers secteurs étudiés.

CHAPITRE VX

COMPARAISON DES TROIS GROUPES PROFESSIONNELS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Introduction

Ce chapitre porte sur la discussion comparative des résultats obtenus dans notre recherche auprès des trois groupes professionnels à savoir : les infirmières, les professionnels de réadaptation et les paramédics. Nous articulons la discussion autour de nos quatre questions de recherche par ordre respectif, en nous appuyant sur les résultats des analyses effectuées pour chaque groupe de répondants que nous commenterons en nous référant à la littérature scientifique.

Notre première question de recherche s'énonçait de la manière suivante :

Q1 Quelles sont les facteurs qui expliquent les difficultés que vivent les salariés pour concilier leur emploi et leur vie familiale-personnelle, et observe-t-on des différences selon l'âge et le genre ? Quel lien peut-on établir entre ces difficultés et les possibilités de rétention de la main-d'œuvre actuelle ?

9.1 La pénurie de main d'œuvre

Plusieurs causes expliquent la pénurie de professionnels de santé au Québec. En effet, le Québec doit faire face au vieillissement rapide de sa population, accentué par un allongement de l'espérance de vie et un faible taux de natalité. L'ajout de nombreux professionnels qui arrivent actuellement à l'âge de la retraite, amplifie encore la pénurie (ISQ, 2010). Tous ces éléments font en sorte que les besoins de services et de soins devront être prodigués à la population sur une durée plus longue, alors qu'on aura apparemment moins de professionnels. Ainsi, la pénurie de main d'œuvre entraine une pression de travail de plus en plus grande sur les professionnels de santé qui demeurent en emploi, tant au niveau des infirmières que des professionnels de réadaptation, et rend la rétention de la main d'œuvre plus difficile (Basu et Gupta, 2007) ce qui contribue à accroître la pénurie.

Selon les propos de nos répondants, le secteur des paramédics semble ne pas souffrir de pénurie de main d'œuvre mais présente un fort taux de roulement de main d'œuvre. En effet, une analyse récente portant sur les diplômés dans le champ d'étude des soins préhospitalier le confirme, en montrant qu'une portion significative des diplômés occupe une profession en dehors de ce secteur. Par ailleurs, nos entrevues confirment que plusieurs trouvent les conditions de travail difficiles, surtout en ce qui concerne les horaires de travail. Des recommandations ont d'ailleurs déjà été présentées par des groupes d'étude (rapports Dicaire, Gauthier), qui s'inquiétaient du taux élevé du roulement de la main d'œuvre en lien avec les horaires de faction (Gouvernement du Canada, 2011).

9.1.1 La difficulté des conditions de travail

Outre l'insuffisance de ressources (infirmières et professionnels de réadaptation), les horaires atypiques (infirmières et paramédics) et l'intensification de la charge de travail (infirmières et professionnels) ont une influence sur les différents rôles professionnels et personnels à assumer tout au long du parcours de vie.

Comme l'ont montré d'autres recherches (Guérin et al., 1997); Tremblay, 2007), les caractéristiques de l'emploi (quarts de travail, horaires de 7/14 et imprévisibilités de ces horaires) sont importantes dans le conflit emploi-famille, puisque selon la catégorie socioprofessionnelle étudiée, les exigences du travail peuvent être plus importantes et peuvent donc nuire à la conciliation emploi-famille, ce qui semble être la cas pour les infirmières et les paramédics. Les professionnels de santé bénéficient d'horaires standards, mais souffrent, comme les deux autres catégories professionnelles, de l'accroissement de la charge de travail, qui provoque beaucoup de pression et de stress.

Souhaitant examiner l'évolution des rôles de nos répondants, tout au long de la vie, il nous a paru pertinent d'adopter une perspective de parcours de vie (life course) (Lalive d'Epinay, 1994; Elder, 1998; Guilemard, 2003; Lalive d'Epinay et al., 2005; Cavalli, 2007; Guillaume, 2009). Ainsi, nous avons relevé des incompatibilités de rôles entre le travail et la famille ou la famille et le travail, qui peuvent provoquer des conflits. Dans les trois groupes de professionnels de santé, des sources de conflit apparaissent lorsque des pressions s'exercent dans la sphère professionnelle (horaires atypiques, peu de flexibilité des horaires, surcharge de travail); par ailleurs, du côté de la sphère familiale, les pressions sont dues aux

responsabilités parentales et familiales (enfants en bas âge, famille monoparentale) (Kahn et al., 1964, Beutell, 1985 et Greenhaus et Beutell 1985). L'horaire de 7/14 qu'effectuent un bon nombre de paramédics semble encore plus dévastateur, puisque nous avons noté un impact important sur la vie conjugale (nombreux divorces), sur la vie sociale (ne pas pouvoir s'engager de façon continue dans un loisir ou toute autre chose) et sur la vie familiale (enfants, parents âgés). Ces pressions peuvent empêcher les individus d'exercer correctement leur rôle professionnel (maladie d'un enfant, d'un parent ainé) ou leur rôle familial/parental (absence du foyer pendant sept jours pour les paramédics), voire les deux rôles.

Par ailleurs, selon Falcoz (2011), les études sur les conflits de rôles et sur les tensions entre la vie privée et professionnelle ont aussi montré que tout au long de leur parcours professionnel, les individus sont amenés à revoir de manière contrainte ou choisie leur évolution professionnelle en intégrant les deux sphères. Ainsi, nous appuyant sur le modèle de parcours de vie, nous avons mis en évidence différents «tournants» dans les parcours professionnels de nos répondants. En effet, la notion de «tournant» ou de «transition» dans les parcours de vie montre que ce sont d'abord les enjeux liés à la sphère familiale au sens large du terme (famille, enfants, parents) qui sont associés aux différents tournants (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007).

Ainsi, en ce qui concerne les jeunes femmes des trois groupes professionnels l'un des premiers tournants de leur vie (hormis celui de l'entrée dans la profession) correspond au moment de la maternité et marque un changement profond dans les modes de conciliation emploi-famille/vie personnelle (Pailhé et Solaz, 2010). Les politiques familiales (congé de maternité et de parentalité) ont permis aux femmes de se retirer de la sphère professionnelle durant une à deux années et ceci a aussi une certaine incidence sur leur parcours professionnel. En effet, en revenant au travail, elles entament un nouveau tournant, en réduisant leurs horaires (temps partiel) souvent durant quelques années, pour s'occuper des enfants. Un troisième tournant intervient lorsque les enfants sont plus grands et qu'elles reprennent le travail à temps plein.

Pour une grande majorité de jeunes hommes des trois groupes professionnels, les tournants peuvent s'opérer tout au long du parcours professionnel, en vue d'obtenir une amélioration de la carrière. En effet, comme nous l'avons vu lorsque les conditions de travail ne leur conviennent pas, ils cherchent à partir dans un autre établissement qui pourra répondre à leurs

attentes (meilleurs horaires, travail moins stressant). Toutefois, en raison de la surabondance de paramédics sur le marché du travail, ceci semble plus difficile à réaliser pour eux.

En fin de parcours, les infirmières, se désengagent temporellement pour ne travailler plus que trois ou quatre jours par semaine, ceci représente un nouveau tournant dans leur vie professionnel. Ce désengagement temporel a pour but de leur permettre de souffler un peu mais aussi de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle, qui semble être tout aussi importante à ce moment du parcours de vie, qu'elle l'était en milieu de parcours.

Ainsi pour résumer, concernant les jeunes femmes des trois groupes professionnels, les tournants semblent démontrer un lien précis entre les deux types de trajectoires (professionnelle et familiale), comme l'ont observé d'autres chercheurs alors que l'arrivée d'un enfant ne semble pas influencer la trajectoire professionnelle des hommes (Singly, 1993; Oris et al., 2009). Ceci met également en relief la discontinuité des carrières féminines, les carrières masculines étant plus linéaires. Il est important de noter ici que les trajectoires professionnelles et familiales/personnelles semblent être imbriquées, autant pour les femmes plus âgées que pour les hommes plus âgés (infirmières) en fin de parcours professionnel.

Comme le soulignent Sullivan et al. (2007) tous ces éléments semblent démontrer que non seulement la théorie des carrières était construite à partir de modèles masculins, où la complexité des carrières féminines aux prises avec des responsabilités familiales et professionnelles n'étaient pas prises en compte mais aussi, que les pratiques de gestion semblent encore, aujourd'hui, ne pas toujours tenir compte des discontinuités, souhaitées ou subies, en raison des responsabilités familiales. Ceci est problématique pour les professions d'infirmières et de professionnels de réadaptation qui sont comme nous l'avons vu des professions féminines, mais aussi pour la profession de paramédics qui se féminise. D'autre part, aujourd'hui les hommes (jeunes et plus âgés) cherchent aussi à équilibrer leur vie professionnelle et personnelle.

De même que l'ont constaté Guillemard (2003) ainsi que Elder et Palvako (1993), notre recherche montre que le modèle de parcours de vie normatif semble disparaître. En effet, pour les trois groupes professionnels, le temps des études peut s'étaler tout au long de la carrière professionnelle, certains répondants quittent leur emploi pour obtenir de meilleures conditions de travail dans une autre organisation, des infirmières et des professionnels de

réadaptation qui étaient à la retraite sont retournés sur le marché de l'emploi. De plus, la précarité du financement des retraites fait en sorte que certains employés (paramédics) ne pourront sans doute pas prendre leur retraite tôt, comme ils l'espèrent. En effet, si le financement des retraites publiques est relativement assuré, celui du privé (paramédics) l'est parfois moins, et si les personnes ont travaillé à temps partiel (infirmières), les prestations de retraite s'en trouvent réduites, ce qui peut être difficile pour certaines, surtout si elles sont seules, sans conjoint.

9.1.2 Les liens entre les difficultés et les possibilités de rétention de la main d'œuvre

La reconnaissance comme facteur de rétention ou de maintien en emploi

Selon Brun (2008), de manière générale, les individus cherchent à être reconnus en tant que personne, pour leurs efforts fournis, pour leurs compétences ainsi que pour leurs résultats. Cependant, comme nous l'avons vu, et bien que les employeurs des professionnels de santé et des infirmières aient mis en place un évènement ponctuel de reconnaissance, la reconnaissance informelle de la part des employeurs de chaque groupe professionnel est plutôt rare. D'où l'importance attachée à la reconnaissance des patients et de la communauté pour les employés des trois groupes professionnels, puisque ce sont les patients qui émettent le jugement d'utilité sociale (Dejours, 1993) et les collègues celui de jugement de beauté (Dejours, 1993). Ce sont donc les collègues, les patients et la communauté qui pallient l'insuffisance de reconnaissances informelle des employeurs et l'absence de reconnaissance du côté des paramédics. Ceci pourrait avoir une incidence sur la rétention ou le maintien en emploi des trois catégories de professionnels (Turcotte-Synnett, 2009, Closon, 2007).

Plusieurs auteurs soulignent que la reconnaissance est un facteur majeur agissant sur la motivation, la satisfaction et l'implication au travail donc sur le maintien en emploi des salariés (Bourcier et Palobart, 1997; Wils et al., 2004; Tremblay et al., 2000; Brun et Dugas, 2005; St-Onge et al., 2005). Concernant les répondants des trois groupes professionnels, bien que la reconnaissance puisse être ressentie comme positive durant le parcours professionnel, ce n'est pas un facteur suffisant pour les inciter à demeurer en emploi plus longtemps, en fin de carrière. En effet, la pression des rôles familiaux et professionnels, un travail physiquement lourd et la pénurie de main d'œuvre semblent affecter l'état de santé

des répondants tout au long du parcours professionnel et les conduire à ne pas envisager de demeurer plus longtemps en emploi, en fin de carrière.

9.1.3 La formation continue comme facteur de rétention de la main d'œuvre

Dychwald (1989) souligne la pertinence de proposer de la formation continue aux employés de tous les âges, ce qui devrait leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences pour réorienter leur carrière ou encore enrichir leur emploi. Comme nous l'avons vu, tous les répondants (âges et genres confondus) des trois groupes professionnels, bénéficient de formation continue. Pour certains répondants, il s'agit d'obtenir un diplôme (baccalauréat chez les infirmières) qui leur permette d'obtenir de meilleures conditions de travail (choix des horaires, du secteur ou encore de quitter pour un autre établissement), d'autres (professionnels de réadaptation) préparent depuis plusieurs années un diplôme qui devrait leur permettre de créer leur propre emploi en fin de carrière. Concernant les infirmières, ce sont donc les contraintes familiales qui sont en lien avec leur comportement. Comme le décrivent Deci et Reyan (1985), les motivations des infirmières sont plutôt instrumentales (cherchent à éviter les conflits entre l'emploi et la famille) et semblent s'apparenter à des motivations extrinsèques d'identification, leurs comportements étant reconnus par ellesmêmes comme un choix important. En outre, le développement des connaissances (infirmières, professionnels de réadaptation et paramédics) a pour but d'être à jour en tout temps, et de donner toujours un service de meilleure qualité. Les professionnels de la santé sont donc animés d'une motivation intrinsèque à l'accomplissement puisque le plaisir d'apprendre est lié à la recherche d'efficacité et de compétences (Vallerand et al., 1989).

Comme le soutiennent Audet (2004), Vandenberghe (2004), Saba et Guérin (2004), concernant les professionnels de la réadaptation, outre la formation continue qui permet de changer de poste, la gestion de la relève des cadres est devenue une priorité des employeurs et permet aux employés d'occuper un poste de cadre. Ceci démontre que si la rétention des travailleurs expérimentés devient un enjeu important, il en va certainement de même pour la rétention des jeunes employés les plus prometteurs. La prise en charge financière (temps de travail libéré et payé, frais de scolarité) a une influence sur la satisfaction des employés qui se sentent valorisés par l'intérêt que leur porte l'employeur. Ici ce sont les jeunes professionnels (hommes et femmes) qui en bénéficient, le seul répondant plus âgé n'étant

pas intéressé. Ainsi, comme le montre l'étude menée par Tremblay, Larivière et Chamahian (2011) certaines infirmières et certains professionnels de réadaptation se donnent un nouveau souffle en fin de carrière, en créant leur propre emploi, dans lequel ils seront maitres de leurs conditions de travail (horaires, charge de travail), ce qui devrait leur permettre de mieux concilier leur emploi et la famille/vie personnelle.

Concernant les paramédics, la formation continue fait partie intégrante de l'évolution constante de la pratique professionnelle ainsi que de l'émergence, au fil du temps, de nouveaux rôles nécessitant le développement de nouvelles compétences; de ce fait, les femmes et les hommes de tous les âges y participent. Le développement de nouvelles compétences revêt une importance cruciale pour les paramédics et a un impact positif sur leur motivation, essentiellement liée au fait de pouvoir poser de plus en plus d'actes médicaux afin de soulager les patients ou de leur sauver la vie, ce qui souligne l'importance de la relation de «care» pour les paramédics. Ainsi, comme pour les infirmières et les professionnels de la réadaptation, la dimension relationnelle au patient fait partie des aspects qui donnent du sens au travail (Pichonnaz, 2011) et les aide à accepter les difficultés liées aux caractéristiques de l'emploi.

Bien que la formation soit un facteur de motivation pour les paramédics (genres et âges confondus), avec l'avancée en âge cette dernière semble plus problématique. Cette difficulté s'ajoute à l'effet «poussoir» des jeunes paramédics qui souhaiteraient voir partir les plus âgés à le retraite pour occuper leurs postes (temps plein), ainsi qu'à l'absence d'avancement autre que celui de gravir les échelons salariaux; cela peut faire en sorte que le climat de travail se détériore et que le maintien en emploi de ces paramédics devienne de plus en plus difficile. Ceci semble démontrer aussi l'importance de revoir les modes d'apprentissage des répondants plus âgés afin qu'ils soient adaptés aux besoins de tous les individus pour ne défavoriser aucune classe d'âge (Marbot, 2007).

Pour résumer, les éléments ci-dessus montrent que pour tous les professionnels de la santé, les lourdes conditions de travail rendent la rétention de la main d'œuvre difficile. L'insuffisance de ressources et l'intensification de la charge de travail concernant les infirmières et professionnels de réadaptation, ont une incidence sur les différents rôles professionnels et personnels, ce qui crée des conflits entre l'emploi et le travail. Du côté des paramédics les conflits de rôles sont dus aux horaires de 7/14 qui les éloignent de chez eux

durant sept jours tous les quatorze jours, et ne leur permettent donc pas de jouer leur rôle de parent, d'époux etc., durant ce temps là.

L'arrivée d'un enfant dans le foyer marque l'un des premiers «tournants» dans la vie des femmes. Les récits des femmes des trois groupes professionnels ont montré que c'étaient d'abord les enjeux liés à la sphère familiale qui primaient. Ceci met en évidence l'imbrication et la discontinuité des trajectoires familiales et professionnelles des femmes. La trajectoire professionnelle des hommes ne semble ne pas être influencée par la naissance des enfants mais plutôt par l'amélioration de la carrière, ce qui rend les carrières masculines plus linéaires. Ces carrières masculines plus linéaires semblent d'ailleurs toujours constituer le modèle de référence essentiel de la théorie des carrières, qui semble avoir été pensée à partir de modèles masculins où l'on ne tenait pas compte de la complexité des carrières féminines aux prises avec des responsabilités familiales et professionnelles. Les pratiques de gestion ne semblent d'ailleurs toujours pas tenir compte de cette complexité des carrières féminines — mais qui s'applique aussi de plus en plus à des hommes qui souhaitent concilier emploi et famille (Tremblay, 2003). Il s'agit donc d'un point important de la théorie des carrières qui doit être revu, pour mieux tenir compte des aspirations à la conciliation des responsabilités familiales et professionnelles.

Les perceptions des trois groupes professionnels se rejoignent tant sur l'insuffisance de reconnaissance informelle (félicitations, tappe dans le dos etc.) de leur employeur respectif que sur la satisfaction que leur apporte la reconnaissance des patients et de la communauté, ce qui a une incidence sur leur engagement professionnel ainsi que sur la rétention en emploi.

La formation continue a également une influence sur la satisfaction des trois groupes professionnels (âges et genres confondus). Pour les trois groupes professionnels, l'offre de formation continue est perçue comme valorisante et est ressentie comme une manière de les reconnaître et c'est aussi le cas pour deux groupes (infirmières, professionnels de réadaptation) en ce qui concerne la participation à la relève des cadres. Cependant, si celle-ci participe à la rétention des professionnels de la santé, elle peut également être mise à profit par certains individus (infirmières et professionnels de réadaptation) pour se construire une nouvelle carrière après la prise de la retraite. Ainsi en fin de carrière, le maintien en emploi n'est pas toujours recherché dans la même organisation, mais peut parfois être souhaité dans un autre contexte, avec d'autres tâches, parfois connexes.

Cependant, comme le soutient Smith (1995), il semble que les pratiques de développement des compétences, tout au long du parcours de vie, ont un effet positif sur l'engagement affectif des trois groupes de professionnels étudiés et qu'elles représentent également un important facteur de rétention de la main d'œuvre. De plus, nous ajoutons que lorsque les formations permettent d'obtenir de meilleures conditions de travail (choix des horaires) elles ont un impact positif sur la conciliation emploi-famille/vie personnelle.

Passons maintenant à la discussion des questions 2 et 3 concernant les pratiques de gestion des ressources humaines mises en place dans les organisations étudiées.

9.2 Les pratiques de gestion des ressources humaines offertes

Dans le but de répondre à nos question de recherche, nous présentons les pratiques de gestion des ressources humaines les plus appréciées par les employés des trois groupes professionnels, et nous examinons également leurs effets sur l'engagement, la motivation, la rétention de main d'œuvre. Pour rappel, ci-dessous l'énoncé de nos questions :

- Q2. Quelles sont les pratiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre dans les organisations pour retenir la main-d'œuvre, en particulier les mesures touchant la conciliation entre vie personnelle et professionnelle (aménagement du temps de travail, horaires réduits, télétravail, etc.)? Comment se différencient-elles selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, ou en d'autres mots, y a-t-il des préférences pour certaines mesures selon le groupe d'âge et le genre?
- Q3. Comment ces pratiques de GRH peuvent-elles influer sur l'engagement (affectif, normatif, de continuité), sur la motivation, la rétention de main-d'œuvre?

Avant de présenter les différentes mesures, il faut noter que certaines mesures contenues dans les conventions collectives ne sont pas à proprement parler des mesures de conciliation emploi/famille-vie personnelle. En effet, ces mesures ont été négociées avec les employeurs sans nécessairement que l'objectif soit celui d'assurer une meilleure conciliation entre le travail et la famille. Toutefois, elles peuvent être favorables à la famille et par conséquent à une meilleure conciliation entre l'emploi et la famille (Tremblay et De Sève, 2005). Ainsi, les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, de congé de maternité, de congé d'adoption et de grossesse, ainsi que les autres congés liées aux responsabilités

familiales, aux services de garde et aux avantages sociaux représentent un aperçu des principales mesures qui peuvent aider à la conciliation du travail et de la famille/vie personnelle. Cependant, comme l'ont souligné les répondants, les employeurs ne répondent pas toujours favorablement aux demandes des employés, la pénurie de main d'œuvre (infirmières et professionnels de réadaptation) ou le manque d'ouverture à la conciliation (paramédics) représentant les deux principaux obstacles.

9.2.1 Les mesures portant sur le temps de travail

Nous avons vu qu'outre les politiques familiales (normées), le temps partiel lorsqu'il est volontaire (infirmières, professionnels de réadaptation et paramédics), la semaine comprimée en quatre jours (professionnels de réadaptation), les horaires de 12 heures, les quarts de jour ou de nuit en fonction de la présence du conjoint (infirmières), la retraite progressive (infirmières et professionnels de réadaptation), les services de garde (infirmières, professionnels de réadaptation) figurent au rang des mesures de conciliation emploifamille/vie personnelle les plus intéressantes et les plus utilisées. La flexibilité des horaires est une mesure très intéressante pour les répondants des trois groupes professionnels. Cependant, hormis les professionnels de réadaptation qui en jouissent relativement couramment mais de manière informelle, cette mesure semble difficilement applicable aux infirmières (hormis les cadres) et aux paramédics.

La semaine comprimée de travail en quatre jour 32h ou 28h

Tel qu'il avait été observé dans l'étude de Guérin et al., (1997) et de Guérin et Saba (2003) nos résultats montrent que les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail semblent avoir un effet positif sur la satisfaction et par ricochet, un impact positif sur l'engagement organisationnel, et donc sur la rétention en emploi des professionnels de santé.

Plus précisément, la semaine comprimée en quatre jours serait perçue comme l'une des meilleures mesures pour articuler les responsabilités parentales et professionnelles (Tremblay, 2008). Cela semble être le cas ici, car comme le soutiennent plusieurs répondants, le fait de ne plus pouvoir bénéficier de la semaine comprimée de travail en quatre jours, pourrait être un incitatif à quitter l'emploi. De plus, concernant la semaine de quatre

jours/32h, par le truchement de la conversion de certains avantages sociaux en primes, le salaire n'est pratiquement pas affecté, ce qui satisfait encore plus les employés. Ces mesures avoir une influence sur la motivation, la reconnaissance et l'engagement organisationnel des professionnels (âges et genres confondus; cf Martin et al., 1996) puisqu'elle permet, tout au long du parcours de vie, de répondre à leurs attentes de conciliation emploi-famille vie/personnelle ou encore à leur souhait d'occuper un autre poste (université ou dans le secteur privé) la journée où ils ne travaillent pas. Ceci semble relativement courant dans ces établissements. De plus, bien que les établissements soient conscients qu'ils risquent de perdre cette main d'œuvre à moyen ou long terme, ils la soutiennent dans ce type projet, qui est très motivant pour les salariés. Tout comme le soulignent Dany et Livian (2002), cette forme de reconnaissance de l'employeur permet de compenser et de mieux accepter les situations professionnelles difficiles qu'engendre le travail clinique. Ainsi la perception des professionnels de réadaptation quant aux efforts fournis par les employeurs, influence positivement leur engagement, tout au moins jusqu'en fin de parcours. A noter que cet engagement a également une répercussion sur le travail que fournissent les professionnels en dehors des murs (université), mais aussi pour l'établissement lui-même, puisqu'ils sont pourvoyeurs de stagiaires pour les établissements. De cette manière, ils agissent sur l'attraction d'une nouvelle main-d'œuvre, ce qui semble montrer, outre l'engagement affectif, la présence d'un engagement normatif c'est-à-dire que les professionnels ont un sentiment d'obligation morale et de loyauté à l'égard des établissements (Buchholz, 1978 cité dans Bettache, 2007).

> Les horaires de 12 heures, le travail sur quart de nuit ou de jour

Les horaires de 12h semblent selon les perceptions tant des infirmières que des paramédics (hommes et femmes) permettre de faire face aux difficultés de conciliation entre la vie professionnelle et personnelle. Concernant les infirmières, cette mesure permettrait de ne travailler plus qu'un week-end sur trois au lieu d'un week-end sur deux et donc de disposer de plus de temps à consacrer à la famille, aux moments où celle-ci est plus disponible surtout. Travailler sur un quart de nuit lorsque le conjoint travaille de jour ou vice versa, semble également être un bon moyen de concilier l'emploi et la famille, ceci permettant la présence continue d'un des deux parents, auprès des enfants, à la maison. Obtenir des horaires de 12h permettrait aux paramédics effectuant des horaires de 7/14 de rentrer chez eux tous les soirs. De ce fait, nous voyons que les attentes et les besoins des infirmières et des paramédics sont

intimement liés à la famille. Ainsi, les horaires de 12h semblent avoir une influence sur la rétention en emploi des infirmières, comme le soulignent Dunnigan et Lemay (2005), et pourraient aussi être un facteur de rétention pour les paramédics.

En somme, les horaires qui ne permettent pas de concilier la vie familiale et sociale (infirmières, paramédics) conjugale (paramédics) durant le parcours de vie semblent avoir un impact négatif sur la satisfaction, la motivation et l'engagement organisationnel. Il en ressort un engagement affectif faible. Au contraire, imprégnés d'une forte appartenance sociale c'est-à-dire à la communauté, (infirmières et paramédics), l'engagement normatif peut être présent leur permettant de résister aux difficultés (Meyer, Herscovitch, 2001). Toutefois, la seule présence de l'engagement de continuité (cf. St Onge et al., 2009) peut mener les paramédics à quitter l'organisation, leurs compétences étant transférables à d'autres organisations du même secteur. Cela peut expliquer le fort taux de roulement du personnel concernant les paramédics.

> Le temps partiel

Comme nous l'avons vu plus haut, le temps partiel volontaire est une mesure utilisée par toutes les jeunes femmes des trois groupes professionnelles, lors de la naissance du premier enfant ainsi que pour les suivants. Du côté des jeunes hommes (infirmiers et paramédics) et de certaines jeunes femmes (paramédics), leurs propos ont montré que le travail à temps partiel était souvent contraint. Effectivement, afin de combler un manque à gagner, les jeunes hommes (paramédics) possèdent un second emploi. Il semblerait donc que pour ces personnes le temps partiel ne soit pas envisagé pour assurer les responsabilités familiales, alors que c'est souvent le cas pour les femmes. Par ailleurs, concernant les infirmières (femmes et hommes) même à temps partiel, la majorité d'entre elles effectue autant d'heures que si elles bénéficiaient d'un contrat à temps plein. De plus, le temps partiel ne leur permet pas de bénéficier des mêmes avantages sociaux que les employés à temps plein, comme les congés de maladie par exemple. Bien que les individus soient motivés intrinsèquement par l'amour d'exercer leur métier, le degré de satisfaction est moindre et l'engagement organisationnel semble beaucoup plus fragile dans ce cas. Ceci permet de penser que ces individus pourraient manifester des intentions de quitter l'organisation (Mathieu et Zajaz, 1990; OCDE 2010).

> Les horaires flexibles

Comme les pratiques d'aménagement et de réduction du temps de travail, la flexibilité des horaires est perçue par les répondants des trois groupes professionnels comme indispensable. En effet, pouvoir quitter l'emploi lorsque son enfant est malade ou l'emmener chez le médecin ou encore pouvoir l'accompagner dans un loisir (hommes) semble être important pour les parents travailleurs. Mais, la flexibilité des horaires n'est pas une mesure formelle et relève de l'accord du supérieur. Si la demande est acceptée, elle s'effectuera par des échanges d'heures entre collègues. Ainsi, son accès peut être remis en cause si le supérieur venait à changer. Les perceptions de nos répondants ont montré que cette mesure semble plus facile d'accès pour les professionnels de réadaptation (pères et mères). Les professionnels de réadaptation l'utilisent pour faire face aux difficultés ponctuelles en lien avec les enfants, les infirmières y ont moins accès (difficilement applicable), hormis les infirmières cadres qui peuvent rentrer plus tard le matin si elles ont travaillé plus tard la vieille. Aucun paramédic ne semble bénéficier de cette possibilité. Concernant les infirmières, l'absence de flexibilité des horaires peut les inciter à quitter leur emploi pour partir travailler dans le privé, comme c'est déjà le cas pour un certain nombre (Weisman, Alexander et Chase, 1980; Samson, 2008; Tremblay, Chênevert et Hébert, 2009).

Ici, nous voyons que les jeunes professionnels de réadaptation des deux genres s'impliquent pour répondre aux besoins liées aux enfants, qui interviendraient pendant leur temps de travail. D'ailleurs, pour ce groupe de professionnels (mères et pères), la participation concernant la dispensation de soins et l'accompagnement des enfants à des loisirs semble partagée. Ainsi, nous pouvons penser que la possibilité de bénéficier de la mesure de semaine comprimée (semaine comprimé quatre jours/32h ou quatre jours/28h) ainsi que de celle de flexibilité des horaires permettent, malgré les cas cliniques lourds, de mieux concilier l'emploi et la famille/vie personnelle. De plus, comme le souligne Behson (2005) le soutien informel serait encore plus important que les mesures offertes pour donner le sentiment d'arriver à une bonne conciliation. Cela semble refléter les propos de certains professionnels désapprouvant un début de rationalisation au niveau des horaires flexibles. Comme le souligne Chenevier (1996) une attitude négative de la part du supérieur stresse les employés et peut engendrer de l'insatisfaction voire de l'absentéisme. Ainsi comme le soutiennent Guerin et col., (1994-1997) les difficultés de conciliation seraient moindres lorsque

l'employé perçoit que son supérieur manifeste de l'empathie ou accepte des arrangements dans le but de faciliter l'articulation de la vie professionnelle avec la vie familiale.

La mesure de congé différé semble également être très utilisée par les professionnels de la réadaptation et a pour objectif d'obtenir du temps pour voyager en famille (hommes et femmes) ou pour vaquer à des occupations personnelles (homme).

> Les congés sans solde

Plusieurs jeunes répondantes (professionnel de réadaptation) ont soulevé leur inquiétude quant à s'occuper d'un parent vieillissant et malade et l'absence de mesure organisationnelle dédiée à ce type de problématique. D'ailleurs, une répondante monoparentale, ayant aussi une enfant de douze ans à charge, en a vécu la lourde expérience et a dû prendre un congé sans solde d'un mois pour accompagner sa mère dans la maladie mais aussi pour pouvoir s'occuper de sa fille. Ceci montre que les demandes de conciliation ne sont pas juste en lien avec les soins aux enfants mais que ces demandes peuvent aussi concernées les soins aux parents âgés (Tremblay et De Sève, 2005).

Nous voyons ici que plusieurs mesures (semaine comprimée en quatre jours, horaires flexibles, congé différé, congé sans solde) semblent être en adéquation avec les besoins de conciliation emploi-famille/vie personnelle des professionnels de réadaptation (hommes et femmes de tous les âges). Selon les perceptions des répondants, ces mesures auraient une influence positive sur leur rétention en emploi.

> Les services de garde

Les propos des répondants (professionnels de réadaptation, infirmières) ont montré l'importance et la complexité pour les jeunes parents, hommes et femmes, d'avoir un système de garde pour les enfants, surtout lorsqu'ils souhaitent que celui-ci soit proche du travail. Savoir ses enfants proches d'eux leur permettrait peut-être d'être plus disponibles dans leur travail et de mieux cheminer dans leur carrière, bien que certains préfèrent que l'enfant soit dans un centre près de la maison, afin de mieux partager les responsabilités du transport des enfants (Tremblay, 2008). De plus les horaires de quart de soir et de nuit sont un frein pour ce type de garde, les horaires d'ouverture ne couvrant pas tous les quarts de travail. Cependant,

comme le soulignent Prévost et Messing (2001) prolonger les heures d'ouverture des services de garde ne semble pas non-plus être une solution car les parents seraient obliger d'interrompre le sommeil des enfants pour les emmener ou les récupérer en fin de quart.

> L'approche «Planetree»

L'approche de gestion globale centrée sur la personne, du type «Planetree», est aussi un moyen de rétention de la main d'œuvre. Dans cette approche les cadres intermédiaires ont un rôle central à jouer (Béliveau, 2011) puisqu'ils se doivent d'être à l'affût des besoins et des attentes des employés pour faire en sorte de trouver des solutions aux difficultés que ces derniers pourraient rencontrer, au sein de leur parcours professionnel. Ceci semble avoir une influence sur la qualité des soins donnés aux patients ainsi que sur la rétention en emploi du personnel. D'ailleurs, cet établissement de réadaptation s'est vu décerner à plusieurs reprises des prix pour sa philosophie de gestion de ressources humaines qui vise en partie, à répondre aux problèmes de rétention et d'attraction du personnel.

Outre ces pratiques de gestion de ressources humaines, certains employeurs proposent également des mesures portant sur la santé et le mieux être, qui peuvent avoir une incidence positive sur la rétention en emploi, ce que nous voyons maintenant.

9.2.2 Les mesures portant sur la santé et le mieux être

Selon Vallée (2007) les programmes de qualité de vie au travail et de santé/mieux-être visent à pallier les problèmes de rétention de la main d'œuvre. De plus, Burton (2008) précise que l'approche de santé et de mieux être devrait être bâtie sur trois composantes essentielles : «la culture organisationnelle qui touche les pratiques de gestion, l'environnement de travail et les habitudes de vie des employés» (Burton, 2008). Ces trois composantes essentielles semblent être présentes pour le groupe des professionnels. En effet, outre les mesures permettant de concilier le travail et la famille/vie personnelle, d'autres mesures portant sur la santé et le mieux-être (massage sur chaise, menu santé à la cafétéria, salle de conditionnement physique, salle de repos, cadre de travail agréable etc.) sont également offertes aux professionnels de réadaptation. Cela semble être moins le cas pour les infirmières et pas du tout pour les paramédics. Les propos émis sur le sujet par les professionnels et les infirmières semblent

montrer que ces mesures ont une influence sur la satisfaction des employés, satisfaction qui peut représenter un signe de l'engagement organisationnel et pourrait permettre la rétention en emploi.

Sur le sujet, Poirel et Roy (2010) ont examiné les résultats d'évaluation des mesures de santé et de mieux-être (exercice, alimentation) mis en place par un centre d'affaires qui souffrait d'une compétition accrue, d'un accroissement des exigences de travail et d'une augmentation des congés de maladie des employés. Les indicateurs de résultats étaient liés à la satisfaction au travail, à l'absentéisme et à la charge de travail. Les résultats ont montré qu'en intégrant les différents stresseurs au travail, l'équilibre travail-vie personnelle ainsi que les actions menées par le supérieur en matière de santé, de meilleures décisions étaient prises en fonction des problèmes rencontrés et des particularités du milieu de travail (Poirel et Roy, 2010)

9.2.3 Les mesures en fin de parcours

Au Québec, de nombreux salariés aspirent à réduire leur temps de travail en fin de carrière (Tremblay, 2007). Ainsi, les salariés intéressés peuvent émettre le souhait de bénéficier de la mesure de retraite progressive, sans subir de pénalité dans la prestation de retraite par la suite (Tremblay, 2011). Tous les professionnels de la santé rencontrés émettent ce même souhait et certains en bénéficient.

> La retraite progressive

Des auteurs ont montré que les employés âgés préféraient travailler à temps partiel en fin de carrière, pour des raisons de santé mais aussi dans le but de concilier l'emploi-famille/vie personnelle (Rosen et Jerdee, 1986). Il en est de même pour nos répondants qui en jouissent pour atténuer les lourdes conditions de travail qui les stressent et les fatiguent mais aussi pour profiter de leur famille, de leurs enfant, de leurs petits-enfants et de leurs amis.

Les perceptions de tous les répondants ont montré que la mesure de retraite progressive et celle de retraite et emploi à temps partiel étaient intéressantes en fin de parcours. La mesure de retraite progressive permet aux employés âgés de bénéficier d'une réduction de leur temps de travail de deux, trois ou quatre jours. Cependant, la perte de salaire qu'engendre la

diminution du temps de travail fait en sorte que certains employés ne la trouvent pas attrayante telle quelle (paramédics) (Guerin et Saba, 2004; Uriarte-Landa et Hébert, 2009). Toutefois, certains employeurs (établissement de réadaptation) soucieux de retenir leurs professionnels en emploi, maintiennent le salaire à temps plein de leurs travailleurs âgés, leur démontrant ainsi qu'ils sont une denrée rare pour eux.

➤ La retraite et l'emploi à temps partiel

Comme nous l'avons relevé dans les perceptions des répondants la prise de la retraite ne semble pas toujours possible. Un fonds de pension récent (paramédics), et pour toutes les femmes un nombre d'annuités insuffisant, semblent être les difficultés majeures; seuls ceux qui rempliront les conditions requises peuvent prendre la retraite. Après la prise de la retraite, certains ne pensent pas retravailler, d'autres (infirmières, et professionnels de réadaptation - hommes et femmes) prévoient de partir dans le secteur privé ou encore de créer leur propre emploi. Ce dernier choix permet de conjuguer pension et revenu d'une nouvelle activité, autorisant ainsi les travailleurs âgés à augmenter leurs revenus et dans le but de prolonger leur vie professionnelle (OCDE, 2005). Néanmoins, selon les propos des paramédics, il semblerait que cette mesure ne soit pas applicable pour eux car à la prise de la retraite, ils doivent rendre leur carte professionnelle et ne peuvent donc plus travailler dans le domaine.

En somme, pour contrer l'exclusion de ces travailleurs, il semblerait intéressant de leur permettre de réaménager leurs horaires, de leur proposer d'autres rôles en lien avec leur âge et leur état de santé physique.

9.2.4 Quelques autres mesures

> Le mentorat, la formation et la mobilité interne et l'incitation à demeurer en emploi

Avec la lourdeur des cas cliniques et l'intensification de la charge de travail, nombreux sont les professionnels de santé qui émettent des doutes quant à pouvoir travailler jusqu'au moment de la retraite. Nous avons donc proposé quelques autres mesures qui pourraient avoir un impact sur le maintien en emploi des professionnels âgés.

En ce qui a trait à l'incitation à demeurer en emploi, nous avons vu que de manière générale, en prévision de leur fin de carrière, les jeunes professionnels de santé (hormis les femmes infirmières) ont des intérêts convergents concernant les mesures de mentorat et de formation. Pour les plus âgés les intérêts divergent, les paramédics (hommes et femmes) étant intéressés par la mesure de mobilité interne et les professionnels plus âgés (hommes) sont intéressés par toutes les mesures énoncées hormis celle de mobilité interne.

Les perceptions de ces intérêts montrent qu'en fin de carrière, et quelle que soit la mesure, tous souhaiteraient occuper un autre poste qui leur permette d'assumer un autre rôle, moins exigeant (non clinique). Tout comme l'ont souligné des chercheurs, les employés âgés retirent de ces nouveaux rôles de la satisfaction, ainsi que de la motivation intrinsèque, qui devraient avoir un impact sur le maintien en emploi (Guérin et Saba, 2002b). De plus, en proposant des postes de mentorat ou de formation, les employeurs reconnaissent l'expérience des professionnels de santé, ce qui les valorise. Ainsi, ils se sentent valorisés et reconnus par les établissements, ce qui influence positivement leur engagement organisationnel (Wils et coll. 1998; Saba et Guérin, 2002; Tremblay, 2002). Marbot (2005). Toutes ces mesures semblent donc être de bonnes avenues pour les professionnels de santé âgés.

> Un mode de gestion plus participatif et une incitation à demeurer en emploi

Différentes caractéristiques de l'environnement de travail, dont l'autonomie, sont reconnues pour avoir un effet sur la satisfaction et la motivation au travail ainsi que sur la rétention des infirmières (Tzeng et Ketefian, 2002; Clarke et al., 2001; Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad, et Hamilton, 2007). Comme nous l'avons vu un peu plus haut, les jeunes femmes infirmières ont montré leur intérêt pour les pratiques liées au mode de gestion plus participatif, mesure qui peut contribuer à l'incitation à demeurer en emploi. Ces pratiques font références à une participation plus grande des employés, favorisant ainsi l'autonomie, cette dernière pouvant contribuer à l'incitation à demeurer en emploi (Finn, 2001; Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad, et Hamilton, 2007). De même, selon Lheureux, (2010) plus les infirmières seront amenées à appliquer leurs compétences propres plus elles seront satisfaites.

Pour conclure, nous avons vu que de nombreuses pratiques de gestion de ressources humaines sont prévues dans les conventions collectives des professionnels de santé et que pour faire la différence et être concurrentielles, certaines organisations tentent d'ajuster ces mesures au plus près des attentes et des besoins du personnel, en les négociant localement, ce qui est le cas des établissements de réadaptation. L'approche «Planetree» axée d'une part sur les besoins et les attentes des individus, pratiquement à la carte, tout au long du parcours de vie, et d'autre part sur le bien être des patients, semble être concluante quant à la rétention de son personnel. De plus, le volet santé et mieux être semble également faire partie intégrante de cette stratégie visant à retenir la main d'œuvre. Ainsi, en proposant des pratiques de gestion des ressources humaines qui permettent de tenir compte de tous les évènements du parcours de vie les individus sont motivés et démontrent un engagement vis-à-vis de l'organisation.

Nous avons également vu que les différentes pratiques n'étaient pas forcément applicables d'une organisation à une autre, en raison des caractéristiques de l'emploi. Cependant, de manière générale les individus ont des préférences pour effectuer leur semaine de travail en quatre jours (professionnels de réadaptation) ou encore sur des horaires de 12 h (infirmières, paramédics), ce qui leur permet de concilier l'emploi et la famille/vie personnelle. Bien qu'utilisés de manière ponctuelle et offerts informellement, les horaires flexibles demeurent une mesure aussi importante que les mesures formelles. Lorsqu'il est volontaire, essentiellement au moment de l'arrivée des enfants, parfois en milieu de parcours suite à un épuisement professionnel (infirmière), le travail à temps partiel est une mesure très appréciée par toutes les femmes des trois groupes professionnels. Les hommes le subissent, car pour eux, c'est la carrière qui est privilégiée. La prise volontaire de ce type de mesure reste donc une pratique très féminine et liée aux enfants pour la majorité et pour d'autres à une surcharge de travail qui ne permet plus de concilier l'emploi et la famille.

En fin de parcours, les mesures de retraite progressive et de retraite et emploi à temps partiel sont également appréciées. La mesure de retraite progressive a une influence positive sur le bon déroulement de la carrière jusqu'à la prise de la retraite et est également très liée à la conciliation emploi-famille/vie personnelle. La mesure de retraite et emploi à temps partiel permettra à plusieurs individus de se construire une nouvelle carrière, alors que pour d'autres répondants ce sont des moyens financiers trop réduits qui les feront se retirer du marché du travail.

De manière générale, exercer un nouveau rôle en fin de parcours professionnel reflète le souhait de nombreux professionnels de la santé des trois groupes professionnels (hommes et

femmes). Ceci est dû aux exigences des différents métiers, essentiellement aux horaires atypiques et à l'intensification de la charge de travail. Ainsi le mentorat, la formation, le coaching et la mobilité interne sont des avenues intéressantes et motivantes pour ces individus et auraient un impact sur l'incitation à demeurer plus longtemps en emploi. De plus, ce type de rôle illustre l'intérêt de valoriser l'expérience des individus en fin de parcours professionnel de la part de l'employeur, ce qui influence positivement l'engagement organisationnel des employés. L'intérêt démontré par les jeunes infirmières pour l'autonomie souligne que même lorsqu'elles seront en fin de carrière, elles veulent toujours être amenées à appliquer leurs compétences et donc à travailler en autonomie.

Passons maintenant à notre conclusion finale.

CONCLUSION

Notre conclusion finale porte essentiellement sur la réponse à notre quatrième question, telle qu'énoncée ci-dessous, et nous traiterons aussi des apports principaux de la thèse et de ses limites.

Q4. Sur le plan théorique, est-ce que ces divers aspects (évoqués dans les questions 1 à 3) n'ont pas été négligés dans les théories sur les carrières ?

Ainsi, pour répondre à cette dernière question de recherche qui sera aussi notre conclusion globale, nous confrontons les propos de nos répondants aux différentes théories énoncés dans notre cadre théorique. Ceci nous permet de voir dans quelle mesure les théories correspondent aux pratiques et aux réalités et de mettre en lumière différents aspects des théories des carrières qu'il serait bon de revoir dans un but d'actualisation. Nous rappelons brièvement quelques éléments de résultats et les mettons en lien avec les théories.

La pénurie de main d'œuvre, les besoins de service de santé allant en s'intensifiant font en sorte que les professionnels de santé ressentent une pression de travail de plus en plus grande ce qui rend leur rétention en emploi difficile.

Outre le manque de ressources humaines, les horaires atypiques, l'intensification de la charge de travail ont un impact négatif sur les différents rôles professionnels et personnels, joués tout au long du parcours de vie. Les caractéristiques de l'emploi (quarts de travail, horaires de 7/14 et imprévisibilité des horaires) sont importantes dans le conflit emploi-famille, puisque selon la catégorie socioprofessionnelle étudiée les exigences de l'emploi peuvent être plus élevées et nuire à la conciliation emploi-famille/vie personnelle. C'est d'ailleurs bien le cas pour deux des professions examinés (infirmières et paramédics), la troisième profession (profession de réadaptation physique) relève d'horaires standards mais souffre également de surcharge de travail qui provoque beaucoup de pression et de stress, comme pour les autres professionnels.

De manière générale, les sources de conflit apparaissent lorsqu'il y a incompatibilité des rôles entre le travail et la famille. Les conflits apparaissent lorsque des pressions s'exercent dans la sphère professionnelle (horaires atypiques, manque de flexibilité des horaires, surcharge de travail) et du coté de la sphère familiale ces pressions sont dues aux responsabilités familiales et parentales (enfants en bas âge, famille monoparentale). L'impossibilité de concilier les deux sphères peut donc avoir un effet destructeur sur la vie conjugale, sociale et familiale comme le démontre bien le cas des paramédics.

Le parcours de vie et les tournants de carrière

Ainsi, dans ce contexte, nous intéressant à la problématique de la conciliation emploifamille, nous avons trouvé pertinent d'utiliser le concept de «parcours de vie» (life course) pour examiner l'évolution des rôles sociaux de nos répondants, tout au long de la vie, à l'instar d'autres auteurs (Lalive d'Epinay, 1994; Elder, 1998; Guillemard, 2003; Cavalli, 2007; Guillaume, 2009). Notre but était de comprendre quels éléments marquants dans leur vie professionnelle et personnelle avaient pu influencer leur parcours professionnel, puisque cette théorie des parcours de vie souligne l'importance des divers événements ou incidents de la vie sur les parcours professionnels.

L'examen des parcours professionnel et personnel a mis en évidence plusieurs «tournants» (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007) ou «transitions» (Elder et O'Rand, 1995). En effet, nous avons vu que pour toutes les femmes des trois groupes professionnels, les tournants sont toujours liés à la naissance des enfants. Elles effectuent des allers-retours entre les congés de maternité et parentaux et l'emploi et lorsqu'elles reprennent le travail, elles le font à temps partiel, durant les premières années de vie des enfants. Ainsi, de manière générale, c'est bien dans la première partie de la vie d'adulte qu'apparaissent les marqueurs temporels liés aux enjeux de la sphère familiale (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007) concernant les jeunes femmes et les plus âgées, ce qui met en évidence l'imbrication et la discontinuité des trajectoires familiales et professionnelles des femmes. Ceci a bien évidemment un impact sur le déroulement de leur carrière, puisqu'elles n'auront d'autres choix que de travailler plus longtemps si elles veulent une bonne retraite, ou de partir à la retraite avec un fonds de pension restreint. Au contraire, les jeunes hommes montrent des trajectoires plus linéaires et lorsque des tournants s'opèrent, il ne semble pas y avoir de lien avec la trajectoire familiale

mais plutôt avec la trajectoire de changement d'emploi (Oris et al., 2009). En effet, les concernant, travailler à temps partiel lorsqu'ils sont jeunes, relève du «subi», ce qui est d'ailleurs également le cas de plusieurs autres professionnels de santé (infirmières et paramédics - hommes et femmes) en début de carrière.

La dimension subi/choisi est également importante dans la discontinuité des carrières, tant des infirmières que des professionnels de réadaptation, qui pourraient s'apparenter, dans une certaine mesure, de la carrière nomade (Defilippi et Arthur, 1996), lorsqu'elles passent du statut de salariée du public à un statut d'autonome ou autre dans le privé; tout au moins pouvons-nous parler de carrières hybrides. En effet, bien que ces professionnels de santé jouissent généralement de la sécurité d'emploi qui relève des carrières traditionnelles (Guerrin & Wils, 1992), c'est en raison des tensions des rôles et de la surcharge de travail qu'ils sont amenés à revoir de manière choisie mais parfois aussi de manière contrainte, leur évolution professionnelle.

Alors que les carrières des paramédics semblent relever davantage du modèle traditionnel avec une mobilité verticale limitée ici à l'évolution des salaires, les carrières que nous nommons hybrides pourraient être caractérisées par une certaine sécurité d'emploi et tant par une mobilité verticale (infirmière ou professionnel de réadaptions qui ne souhaitent pas évoluer) que par une mobilité horizontale permettant de changer de poste, de secteur ou de métier (poste clinique vers un poste de gestion ou, de professeur dans le secteur public ou encore d'infirmière, de consultant dans le secteur privé). Effectivement bien que les infirmières et les professionnels aient toujours des emplois caractérisés par un fort «marché interne», nous avons vu que la mobilité horizontale s'est accrue au fil du temps, parfois pour des motifs d'intérêt professionnel (hommes), mais aussi, souvent, pour des motifs de meilleure conciliation (plutôt les femmes). L'approche traditionnelle des carrières ne concerne généralement que l'expérience de travail, la conciliation emploi-famille/vie personnelle n'étant pas prise en compte (Cardinal, 2004) ou alors peu en profondeur, et sans la diversité qui la caractérise. Ainsi, en développant leurs connaissances de manière continue, ce sont les individus qui tentent d'imposer leurs choix de carrière, tout au long du parcours de vie, pour tenter de concilier le travail et la famille/vie personnelle.

La formation continue représente souvent un second tournant qui apparaît après celui du mariage ou d'une naissance (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007) et qui intéresse, dans notre

recherche, tous les individus (âges et genres confondus) et constitue souvent pour les hommes, le second tournant dans leur vie professionnelle, après celui de l'entrée en emploi. Cependant, comme nous l'avons vu pour les jeunes infirmières (baccalauréat en sciences infirmières), l'objectif n'est pas le même que celui des jeunes hommes, ces derniers cherchant avant tout à évoluer professionnellement, alors que pour les jeunes infirmières, ce diplôme a pour but de leur faciliter la conciliation de l'emploi et la vie familiale et personnelle.

Choisir de déménager pour se rapprocher des points de service et ne pas avoir à se séparer de sa famille durant sept jours constitue également un tournant dans le parcours professionnel des paramédics âgés. Ainsi, bien que la nature du tournant soit différente (changement spatial), c'est toujours la trajectoire familiale et personnelle qui est à la source du changement (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2007). Sur ce point les jeunes paramédics (hommes et femmes) nous ont confié ne pas vouloir déménager car ils préféraient vivre près des grands centres animés, plutôt que de partir vivre dans des zones plus rurales où ils s'ennuieraient. D'autres ne souhaitent pas déménager car le problème de la distance entre le domicile et le travail se poserait pour le conjoint et le problème de garde des enfants se poserait à nouveau.

En fin de parcours, réduire son temps de travail pour conserver la santé et pour avoir du temps à passer en famille avec les enfants, les petits enfants ou les amis représente également un nouveau tournant dans la vie professionnelle. En outre, la prise de la retraite constitue aussi un nouveau tournant pour les hommes et les femmes âgés, qui pourra encore être suivi d'un autre, si les individus décident de rejoindre le marché du travail après la prise de la retraite. Ainsi, concernant les infirmières et les professionnels de réadaptation, les trajectoires professionnelles et familiales semblent donc être également imbriquées en fin de parcours professionnel. Mais aussi après la prise de la retraite, pour les individus (infirmières et professionnels de réadaptation) qui souhaitent se construire une nouvelle carrière.

Comme en a témoigné une jeune infirmière monoparentale qui a une adolescente à charge, un autre type de «tournant» en milieu de parcours professionnel peut survenir lorsqu'un parent âgé tombe malade. En effet, les difficultés de conciliation sont encore plus grandes dans le cas cité (monoparentale), et a poussé la répondante à prendre un congé sans solde d'un mois pour accompagner sa mère dans sa maladie. D'ailleurs, cette problématique semble être redoutée par un bon nombre de jeunes répondants. Ainsi, fasse à ce type de

situation et au peu de mesures proposées, un besoin urgent de solution se fait sentir, qui avec les effets du virage ambulatoire ne pourra que s'accentuer (Tremblay et De Sève, 2005).

Nous venons de montrer que tout au long du parcours de vie, les carrières de nos répondants sont jonchées de «tournants». Ces «tournants» semblent être toujours intimement liés à la sphère familiale au sens large du terme et ce sont les femmes qui en comptent le plus.. En effet, l'examen des parcours de vie a permis de mettre en évidence l'imbrication et la discontinuité des trajectoires féminines liées aux enjeux de la sphère familiale. La trajectoire professionnelle des hommes ne semble pas être trop influencée par la naissance des enfants ; ils ne vivent pas de «tournant», ou de changement radical de trajectoire, car c'est d'abord la carrière qui prime pour eux. Cela peut être expliqué car la théorie des carrières semble avoir été pensée à partir de modèles masculins et dans les faits, comme nous l'avons montré, la réalité des carrières s'est transformée, alors que les théories n'ont pas été parfaitement adaptées. Par ailleurs, les pratiques de gestion semblent s'appuyer sur le modèle masculin de carrière, ne tenant pas suffisamment compte de la diversité des réalités, selon l'âge et le genre, ni du parcours de vie, qui induit des changements dans les besoins, les aspirations et les demandes des salariés. Il semble donc s'agir d'un point important de la théorie des carrières à revoir.

Ainsi, comme que le soulignent Elder et Pavalko (1993), le modèle de parcours de vie de type normatif semble disparaître, ou peut-être avoir totalement disparu aujourd'hui, comme nous sommes tentée de le proposer.

Les pratiques de gestion et les aspirations des salariés

Du point de vue de l'offre de pratiques de gestion, nous avons vu que certaines organisations (essentiellement les professionnels de réadaptation) ont axé leur philosophie de gestion sur les attentes et les besoins de leur professionnel tout au long du parcours professionnel, par une offre de mesures telle la semaine de travail comprimée en quatre jours 32h ou 28h, congés différés, une certaine flexibilité des horaires (sous couvert du supérieur), des horaires de 12h, le choix du quart de travail concernant les infirmières, le temps partiel volontaire (offert par les trois organisations) ou encore en fin de parcours professionnel (professionnels et infirmières) la retraite progressive des jours supplémentaires de congé pour les plus de 55

ans etc. De plus, les employeurs sont également attentifs à la santé et au mieux-être de leurs employés et leur montrent de diverses manières (cafétéria santé, massages sur chaise, environnement de travail agréable). Ainsi, l'employeur reconnait son personnel en temps qu'individu crucial à l'organisation et en retour, les employés démontrent un engagement visàvis de l'organisation.

Outre les mesures de gestion de ressources humaines, la formation continue offerte aux trois groupes de professionnels (hommes et femmes de tous les âges) ou encore le programme de relève des cadres (professionnels de réadaptation) a également une influence sur la satisfaction, la motivation et l'engagement organisationnel. Cependant si la formation semble avoir un impact sur la main d'œuvre en emploi jusqu'à la fin du parcours, une fois la retraite prise, certains professionnels (professionnels de réadaptation, infirmières) travailleront ailleurs ensuite, dans le secteur public (université) ou privé, ou encore créeront leur propre emploi. Ici nous notons qu'en fin de carrière, les infirmières et les professionnels de réadaptation souhaitent obtenir des horaires moins lourds et échapper au travail clinique. Ceci semble donc très important à prendre en considération si l'on veut retenir cette main d'œuvre. Toutefois, la formation représente un fort incitatif à demeurer en emploi et encore plus, si elle permet ensuite d'obtenir des conditions de travail qui facilitent la conciliation entre le travail et la vie familiale et personnelle.

Seul hiatus, malgré l'intérêt marqué par tous les professionnels pour changer de rôle en fin de carrière, les organisations n'ont pas encore créé de nouveaux métiers, moins exigeants (non-cliniques) mais qui ont du sens, comme des postes de mentorat, de formation, ou de coaching. Ceci peut avoir une répercussion négative en fin de parcours, au vu de l'état de santé des professionnels et les inciter à quitter plus tôt. En revanche, le fait d'offrir de tels rôles aux professionnels, démontrerait de l'intérêt de la part des employeurs à valoriser leur expérience par la transmission de leurs connaissances aux plus jeunes. Cela pourrait mener les générations à travailler ensemble et avoir un impact positif sur l'engagement organisationnel des plus jeunes comme des plus âgés. Il s'agirait donc d'une bonne manière de maintenir les employés en emploi, en favorisation la transmission des connaissances dans une optique intergénérationnelle (Bourhis, Dubé et Jacob, 2004).

Tout ceci vient renforcer les recherches sur la thématique de la conciliation emploifamille/vie personnelle et montre que des pratiques de gestion en adéquation avec les différents évènements qui se produisent jusqu'en fin de parcours professionnel, permettent de retenir les individus, de tous les âges et des deux genres, en emploi plus longtemps.

A l'inverse, lorsque l'employeur s'appuient sur le modèle de séparation des deux sphères, comme c'est le cas pour l'organisation de paramédics, qui ne veut pas tenir compte de la vie privée de ses salariés, ces derniers ne tissent aucun engagement vis-à-vis de l'organisation et seul l'engagement à leur profession par le biais de l'aide à autrui leur permet d'accepter les difficultés des lourds horaires de 7/14.

Les étapes de carrière

Le modèle d'étapes de carrière permet de rendre compte de la situation d'un individu, à un âge donné, dans une des quatre étapes de carrière. La plupart des auteurs comme Super (1957) ou encore Hall et Goodale (1986) procèdent à un découpage de la carrière en quatre grandes étapes: l'exploration (correspond à l'apprentissage), la maitrise (correspond au développement), la maintenance (correspond à la phase de routine où peu de formations sont offertes) et le désengagement (correspond au retrait, les individus se retirent psychologiquement pour se préparer à la retraite).

A la lumière des propos de nos répondants nous avons vu que les trois groupes professionnels (âges et genres confondus) bénéficiaient de formation continue qui semble cependant, vu l'évolution croissante des rôles des paramédics de tous les âges, être encore plus soutenue pour ce groupe. Ceci fait en sorte que les paramédics ne se situent jamais longtemps dans la phase de maintenance (routine) et que les étapes d'exploration et de maitrise se reproduisent en boucle dans leur cas. Ainsi, tant les femmes que les hommes des trois groupes professionnels et (de manière encore plus rapide pour les paramédics), peuvent se situer dans l'étape d'exploration à 50 ans comme à 25 ans par exemple, de même pour l'étape de maitrise. De plus selon nous, il semblerait que le concept de «recyclage» de carrière de Super (1984) ne se limite pas simplement aux individus qui choisissent de changer de domaine ou d'activités mais aussi à ceux dont les professions évoluent rapidement et qui n'ont d'autres choix que de passer à plusieurs reprises dans leur carrière, de l'étape d'exploration à celle de maitrise.

Contrairement aux propos de Hall et Goodale (1986), l'étape de désengagement peut intervenir à n'importe quel moment du parcours professionnel (infirmières, professionnels de réadaptation et paramédics) et surtout en l'absence de mesure d'aménagement et de réduction du temps de travail. Bien qu'un désengagement temporel s'effectue en fin de carrière, nous n'avons pas noté de retrait psychologique, ni même de peur d'occuper un autre poste comme le prétendent Hall et Goodale (1986), puisqu'au contraire, la plupart de nos répondants des trois groupes professionnels est intéressée par la mobilité interne (mentorat, formation, coaching). Pour plusieurs professionnels de la santé (infirmières et professionnels de réadaptation) le désengagement n'intervient pas non plus au moment de la prise de la retraite, puisqu'ils se reconstruisent une nouvelle carrière. Ceci ne soutient donc pas les propos de Kets de Vries et Miller (1985), qui soulignaient que les individus se situant à l'étape de désengagement se satisfont du parcours déjà accompli. En effet, le seul désengagement passager que nous avons noté dans notre recherche peut surgir à tous les âges et se caractérise par le fait que si l'employé considère que son employeur ne répond pas à ses aspirations familiales ou personnelles, il se met en quête d'un nouvel emploi (infirmières hommes et femmes). Pour finir, l'étape de maintenance n'est pas la seule concernée (Kets de Vrie et Miller, 1985) par les individus en quête d'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, toutes les étapes le sont, comme nous l'avons montré. L'ajout d'une cinquième étape de carrière a été proposée par Smart et Peterson (1997), sans remettre en cause les quatre étapes, et ils nomment cette dernière étape, le «renouveau de carrière». Ceci est intéressant et correspond à des observations de Tremblay, Larivière et Chamahian (2011) pour des infirmières au Québec qui se donnaient un nouveau souffle en fin de carrière et se confirme également dans notre recherche.

Pour résumer, pour les trois groupes professionnels, de manière plus ou moins soutenue, les étapes d'exploration et de maitrise se reproduisent en boucle et il semble inapproprié dans notre recherche de parler d'étape de désengagement, pour un certain nombre de répondants, en fin de carrière. Comme nous l'avons montré, l'étape de désengagement survient lorsque les attentes et les besoins en conciliation ne sont pas comblés par l'employeur, tout au long du parcours professionnel, ou alors lorsqu'il y a manque de reconnaissance ou insatisfaction face au contenu du travail. Nous notons aussi, à l'instar de Hall et Goodale (1986), qu'il n'y a pas d'automatisme entre l'âge et l'étape de carrière professionnelle puisque les carrières sont fragmentées et que des événements se produisent à des âges différents. Notre recherche montre aussi que cet automatisme n'est pas présent entre le genre et l'étape de carrière

puisque d'une part, les femmes peuvent avoir des enfants tardivement et que d'autre part, tout comme les hommes, les femmes âgées peuvent se bâtir une nouvelle carrière après la prise de la retraite. Une cinquième étape de carrière semble donc justifiée et nous pensons qu'il s'agit là d'un apport important de notre thèse que de contribuer à mettre en évidence la diversité des parcours et l'importance de cette cinquième étape de renouveau de carrière.

Les ancres de carrière

Après avoir examiné les étapes de carrière qui situent un individu à un âge donné, nous examinons à présent la théorie des ancres de carrière de Schein (1978-1996) qui montre que le concept de soi développé par les individus tout au long de leurs expériences professionnelles peut s'articuler autour de huit ancres de carrière, dont une seule serait dominante par individu. Nous rappelons brièvement quelles sont les huit ancres : l'ancre «technique» (compétences techniques); l'ancre «compétence managériale» (compétences de l'ancre gestion); l'ancre «autonomie/indépendance» (travailleur autonome); «sécurité/stabilité» (carrière procurant de la stabilité et un emploi à long terme); l'ancre «créativité/stabilité» (attitudes d'entrepreneur, aiment âtre créatifs); l'ancre «dévouement à une cause» (individus qui souhaitent aider les autres); l'ancre «défi pur» (personnes qui aiment les défis et veulent les surmonter); et pour finir les individus ancrés «qualité de vie» (plus que le succès professionnel ces individus cherchent à avoir une vie globalement satisfaisante et à trouver l'harmonie entre la vie professionnelle et la vie privée). Cette ancre est tout à fait intéressante en regard de notre problématique puisqu'elle intègre la notion de conciliation emploi-famille/vie personnelle.

Cette théorie nous a permis de mettre en lumière les motivations et les valeurs des professionnels de santé à partir desquelles s'oriente la carrière tout au long de leur parcours de vie. En revanche, comme Lévy-Leboyer et al., (2006) et Martineau et al., (2005), nous n'adhérons pas au postulat de Schein, (1978-1996) qui prône la dominance d'une ancre durant la carrière, les perceptions des trois groupes professionnels montrant que plusieurs ancres peuvent coexister. Comme le soulignent Feldamn et Bolino (1996), certaines ancres répondent aux choix de carrière (ancre «gestion», «ancre technique» et «ancre de créativité entrepreneuriale»), alors que d'autres ancres caractérisent les besoins : «autonomie/indépendance», «sécurité/stabilité» ou «qualité de vie», et que d'autres encore se

rapportent aux valeurs : «défi», «dévouement à une cause». C'est pourquoi il peut y avoir une multiplicité d'ancres pour un même individu. Nous pensons que c'est aussi un des apports importants de notre thèse que d'avoir mis en évidence l'importance de cette diversité des ancres tout au long du parcours de vie.

Ainsi, à l'entrée en carrière, pour les trois groupes professionnels, c'est l'ancre «dévouement à une cause» qui semble être dominante (hommes et femmes) puis avec la naissance des enfants et le désengagement temporel dû à la prise du congé de maternité et parental, l'ancre «qualité de vie» apparaît pour toutes les jeunes femmes, côtoyant l'ancre «dévouement à une cause». Le même schéma se met en place lorsque les répondants (âges et genres confondus) vieillissent et cherchent à concilier l'emploi et la famille/vie personnelle. Une troisième ancre, soit celle de l' «autonomie/indépendance», anime les professionnels de santé qui font le choix de se bâtir une nouvelle carrière après la prise de la retraite. En effet, travailler dans le domaine de la santé de manière autonome après la retraite (infirmières, professionnels de réadaptation) c'est aussi répondre à ses attentes, à ses besoins (choix du travail et du rythme des horaires), ce qui permet de concilier celui-ci avec sa vie personnelle.

En outre, les infirmières et les professionnels de réadaptation qui ont choisi de suivre le programme de formation de la relève pour occuper un poste de gestion ensuite, voient l'ancre «management/gestion» cohabiter avec celle de «qualité de vie», qui correspond toujours à leurs valeurs. Cependant, l'ancre «dévouement à une cause pourrait être un peu plus faible dans ce cas. Le cas des jeunes infirmières illustre aussi la multiplicité des ancres puisqu'elles disent ressentir le besoin d'autonomie tout au long de leur carrière. Ainsi, trois ancres tout aussi dominantes correspondent aux besoins «autonomie/indépendance» et «qualité de vie», et l'ancre «dévouement à une cause» répond aux valeurs mais dans le cas des professionnels de santé aussi au choix d'orientation de carrière.

Nous avons montré que pour les professionnels de santé (infirmières, professionnels de réadaptation), les ancres liées aux besoins (autonomie/indépendance, conciliation) et aux valeurs (dévouement à une cause) étaient aussi dominantes que celle liée au choix d'orientation de la profession. D'ailleurs, il semblerait que pour ces professions le choix d'orientation de carrière (dévouement à une cause) est intimement liée aux valeurs (care) des professionnels ce qui démontre la vocation professionnelle.

Le modèle kaléidoscopique

Le modèle kaléidoscopique²⁹ de Mainiero et Sullivan (2005) repose sur les choix que font les individus en matière de carrière et de vie personnelle. Ainsi, en début de carrière les répondants des trois groupes professionnels (hommes et femmes) semblent s'inscrire dans les paramètres d'«authenticité» et de « défis»; ils répondent à leurs valeurs profondes (aider les autres) et apprécient les défis que présente leur métier. Puis avec la venue des enfants, concernant les femmes des trois groupes professionnels, le paramètre «équilibre» est dominant et ceux d' «authenticité» et de « défis» sont moins prégnants (temps partiel); en milieu de carrière les trois paramètres peuvent coexister puisque les professionnels (infirmières et professionnels de réadaptation) répondent à la question de l'authenticité en cherchant à être en accord avec le choix de carrière qu'elles prennent (changement de secteur, ou d'établissement), avec le paramètre d'«équilibre» (meilleurs horaires) ainsi qu'à celui de «défis». En fin de carrière, ce sont les paramètres d'«authenticité» et « d'équilibre» qui sont importants, les professionnels (infirmières et professionnels de réadaptation, hommes et femmes), se désengagent progressivement (retraite progressive) mais souhaitent toujours effectuer un travail motivant.

Concernant les jeunes hommes des trois groupes professionnels, les paramètres d'«authenticité» et de « défis» restent plus prégnants en début et en milieu de carrière bien que ces répondants soient également en quête du paramètre «équilibre».

Certains professionnels (infirmières et professionnel de réadaptation) qui souhaitent se construire une nouvelle carrière pour l'après retraite, répondent aux trois paramètres « équilibre», «défis» «authenticité », leur choix sont en accord avec leurs valeurs, ils pourront trouver un équilibre entre le travail et la vie personnelle (choisissent leur temps de travail) et la construction d'une nouvelle carrière répond au défi qu'ils se sont lancés.

²⁹ Les choix que les femmes effectuent en matière de carrière et de vie s'inscrivent dans la réponse aux questions suivantes: Authenticity: Can I be myself in the midst of all of this and still be authentic? Balance: If I make this career decision, can I balance the parts of my life well so that there can be a coherent whole? Challenge: Will I be sufficiently challenged if I accept this career option? Lisa A. Mainiero, L.-A., and Sullivan, S.-E (2005) «Kaléidoscope Carrers: An alternate explanation for the "Opt-Out" revolution» Academy of Management Executive, 2005, Vol. 19, No. 1, p.113.

Pour conclure, le modèle kaléidoscopique illustre bien toute la complexité et la spécificité des carrières féminines, mais aussi celle des carrières masculines; les femmes orientant, tout au long de leur parcours de vie, les différents aspects de leur vie, afin de trouver la « mosaïque » qui correspond le mieux, à un moment donné, à leurs besoins fortement liés à la famille, comme nous l'avons vu dans les citations : et concernant les hommes la mosaïque montre que si la carrière est mise de l'avant en début et au milieu du parcours professionnel, en fin de parcours ils tentent, tout comme les femmes, de répondre aux besoins de conciliation emploi-famille/vie personnelle.

Confrontation globale des modèles et théories

De plus, les modèles et théories vus dans notre thèse ont mis en évidence le fait qu'une politique intégrative (Kirchmeyer, 1995) de la vie hors travail par le biais de mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, ainsi que de formation, permet aux professionnels de tous âges et des deux genres, de travailler en accord avec leurs besoins et leur choix de carrière, tout au long du parcours de vie. En revanche, une politique de séparation des deux sphères où seule la vie professionnelle est valorisée, comme c'est le cas pour l'organisation des paramédics, représente un danger pour l'organisation (roulement du personnel), le besoin d'«équilibre» des paramédics n'étant pas pris en compte par l'employeur.

Ainsi, la confrontation des perceptions à ces modèles et théories nous a permis de mettre en évidence l'importance qu'attachent les femmes jeunes et plus âgées aux besoins de conciliation tout au long du parcours de vie, la carrière pour les jeunes hommes primant d'abord, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'ont pas d'attente en matière de conciliation et plus encore concernant les jeunes paramédics qui sont coupés durant sept jours de toute vie conjugale, familiale et sociale. En revanche, avec l'avancée en âge pour les hommes, il semblerait que la conciliation emploi-famille/vie personnelle se fasse plus prégnante et en vienne à prendre autant de place que la carrière, surtout si le contexte de travail rend la chose difficile, comme c'est le cas chez les paramédics. En effet, les contraintes du travail rendant la conciliation difficile pour certains, cela les amène à affirmer davantage l'importance de cette dimension familiale. Nous avons pu montrer que des pratiques de gestion des ressources humaines répondant aux attentes et aux besoins des individus en fonction du genre et de l'âge

permettent de faciliter le bon déroulement des carrières et de maintenir les employés en emploi.

Terminons en rappelant les apports majeurs de notre thèse.

Les apports majeurs de notre thèse

> la diversité et le rôle des évènements de la vie dans les parcours professionnels

Nous pensons qu'un apport important de notre thèse est le fait d'avoir contribué à mettre en évidence la diversité des parcours professionnels, ainsi que le rôle des divers incidents et événements de la vie sur les parcours professionnels.

> La théorie des carrières pensée pour des hommes

Un autre apport en découle en ce sens où il est apparu que les pratiques de gestion semblent ne toujours pas tenir compte de la complexité des carrières féminines aux prises avec des responsabilités familiales qui s'appliquent aussi de plus en plus aux hommes qui souhaitent concilier l'emploi et la famille.

> L'imbrication des trajectoires professionnelles et personnelles en fin de parcours

La démonstration de l'imbrication des trajectoires professionnelles et familiales/personnelles chez les individus âgés constitue également un autre apport, car les travaux ont jusqu' ici été plus centrés sur la conciliation chez les parents de jeunes enfants.

> Diversité, persistance ou changement d'une ancre tout au long du parcours professionnel

Un autre des apports importants de notre thèse est d'avoir mis en évidence l'importance de la diversité des ancres de carrière chez une même personne, et aussi d'avoir montré la persistance de ces ancres (dévouement à une cause, qualité de vie), mais parfois aussi le changement de la prédominance d'une ancre ou un autre, tout au long du parcours de vie.

Enfin, notre thèse a permis de confirmer l'importance de cette cinquième étape du parcours de vie, soit celle du renouveau de carrière, qui avait été mise en évidence par Tremblay, Larivière et Chamahian (2010), mais restait encore à confirmer avec d'autres travaux, ce que nous avons fait ici pour trois groupes professionnels.

Les limites de notre thèse

> La subjectivité du chercheur interprétativiste

Le biais lié à la subjectivité du chercheur interprétativiste est une première limite. Cependant, bien qu'il soit difficile d'éviter ce biais, nous avons procédé à de nombreux retours aux verbatim des répondants afin de nous assurer que les résultats obtenus soient bien le reflet de leurs propos.

> Les difficultés liées au terrain

En deuxième lieu, il importe de noter que nous avons éprouvé des difficultés de recrutement de nos répondants, les professionnels de santé étant très occupés, comme l'on noté d'autres chercheurs (Tremblay et Larivière, 2010). Ainsi, nos participants ont été choisis à partir de la méthode de l'échantillon de convenance mais aussi à partir de la méthode «boule de neige». Toutefois afin de restreindre ce biais, nous avons tenu à respecter nos critères socio démographiques à savoir : le genre, l'âge, enfant à charge ou non, ainsi que nos critères de profession c'est à dire infirmière, paramédic, professionnel de santé.

C'est toujours par manque de temps de la part de certains répondants que nous avons mené des entrevues téléphoniques, lorsqu'il n'était pas possible de les rencontrer. Nous avons été agréablement surprise par cette méthode car il nous a semblé que les répondants ne comptaient pas leur temps, étaient plus détendus et se confiaient plus.

> Les groupes professionnels et le nombre d'entrevues

En ce qui concerne d'autres limites de la thèse, il faut reconnaître qu'elle n'est fondée que sur trois groupes professionnels, et que le nombre d'entretiens ne permet peut-être pas de conclure définitivement pour chacun des groupes. Les professions d'infirmières et de

professionnels de réadaptation étant majoritairement féminines, notre comparaison genrée était aussi plus difficile à tenir, de même concernant l'âge puisque les répondants du milieu de travail infirmier était plutôt âgés, les professionnels de réadaptation plutôt jeunes, Dans le cas des paramédics, nous avons toutefois un ensemble de questionnaires qui permettent de compléter les entretiens, et dans les autres, nous avons eu l'impression d'arriver tout de même au seuil de saturation et de pouvoir avancer avec suffisamment de certitude que les données recueillies représentent bien le secteur.

> La mise en relief des différents évènements de la vie

Par ailleurs, comme nous avons voulu mettre en relief la diversité des événements de la vie familiale et personnelle qui peuvent influencer le parcours professionnel, c'est surtout la diversité des trajectoires qui nous intéresse et qui permet d'atteindre nos objectifs, notamment celui d'illustrer la diversité des ancres de carrière et la différenciation des parcours professionnels, au-delà de la carrière traditionnelle linéaire. Nous pensons donc avoir bien atteint cet objectif, même si bien sûr des recherches complémentaires pourraient asseoir encore plus solidement cette proposition de renouvellement des théories.

Les difficultés potentielles liées à l'approche de parcours de vie

L'approche par le parcours de vie peut également constituer une limite, du moins dans son application ici, puisque nous demandions aux répondants de faire un retour mental sur leur parcours de vie; ainsi ils ont pu omettre de nous dire certaines choses ou avec le temps réinterpréter les évènements de leur passé. Cependant, à aucun moment nous ne les avons pressés pour obtenir une réponse et leur avons laissé le temps utile à la réflexion. D'ailleurs certains nous ont dit avoir pris le temps de réfléchir à l'entrevue la veille, afin de ne pas être pris de cours et ont trouvé ce retour sur leur vie bénéfique. Nous avons donc mené nos entrevues qualitatives dans un climat de confiance partagé.

Les perspectives de recherche futures

Puisque nous nous sommes concentrée sur le secteur de la santé, et sur quelques professions en particulier, nous pouvons évidemment envisager de poursuivre la recherche dans d'autres professions de la santé, ou encore dans d'autres secteurs pour valider encore davantage la pertinence de nos propositions sur le renouvellement des théories de la carrière et des ancres de carrière, tout comme sur le parcours de vie, ainsi que l'importance des événements familiaux/personnels sur les trajectoires professionnelles.

Une recherche axée sur les préposés aux bénéficiaires

Il semblerait que le groupe des préposés aux bénéficiaires n'ait pas attiré autant l'attention des chercheurs que celle des infirmières. Aussi, il serait intéressant d'étudier cette catégorie professionnelle qui doit, tout comme les infirmières, faire face à de lourdes conditions de travail.

Une recherche axée sur un secteur spécifique

Sur le plan pratique, il serait également intéressant de faire une recherche axée sur des secteurs hospitaliers spécifiques (urgences, radiologie) afin de comprendre quelles sont ou seraient les pratiques offertes qui permettent de concilier l'emploi et la famille d'un secteur à l'autre.

> Une comparaison internationale

Nous pouvons aussi envisager des comparaisons internationales, puisqu'il est possible que des caractéristiques « nationales » de nos répondants influent sur leurs perceptions et leur vision des situations, de sorte que des comparaisons internationales seraient certes intéressantes pour prolonger la réflexion et confirmer encore nos propositions.

Il ne s'agit là que de quelques pistes de recherche envisageables, pour poursuivre notre réflexion

<u>Titre de la recherche</u>: Quels sont les facteurs qui influent sur l'attraction, l'engagement de la main d'œuvre et la rétention au travail ?

Il s'agit d'une recherche financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, dirigée par Diane Gabrielle Tremblay, Directrice de l'ARUC, Alliance de Recherche Université Communauté sur la « gestion des âges et des temps sociaux » (ARUC-GATS)(www.teluq.uqam.ca/aruc-gats), ainsi que titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir (www.teluq.uqam.ca/chaireecosavoir). Dans ce cadre, j'occupe un poste d'assistante de recherche et je réalise aussi ma thèse de doctorat.

Dans le cadre de cette recherche, nous effectuons une étude sur les mesures d'attraction et de rétention de la main d'œuvre ainsi que leurs effets au niveau des employés dans le secteur de la santé (infirmiers-infirmières, paramédics, professionnels de la santé). L'analyse porte donc sur l'impact des pratiques de gestion des ressources humaines, de conciliation travail famille et des services aux salariés sur l'engagement au travail, la motivation, la performance, l'attraction et la rétention de main d'œuvre.

Les avantages à participer à cette recherche:

Comme vous le savez, de nos jours, la plupart des pays industrialisés sont confrontés aux perspectives de baisse de la population active ce qui entraine des déséquilibres sur le marché du travail (pénurie de main d'œuvre, déficit de compétences, difficultés de recrutement etc.) et mise à mal du financement des retraites. Ainsi, l'intérêt de cette recherche porte sur le fait de pouvoir anticiper ces situations et de réfléchir aux enjeux et de trouver des solutions à l'échelle de votre établissement.

De plus, le croisement des données de plusieurs établissements permettra de mettre en lumière «les meilleures pratiques» de gestion c'est à dire les pratiques de gestion les plus à même de motiver, fidéliser et retenir sa main- d'œuvre. Cela vous donne donc accès à une forme de "benchmarking".

Je me propose de procéder à l'administration d'un questionnaire auprès de quelques employés. Un entretien avec la personne responsable des ressources humaines ainsi que celle représentant les syndicats et si possible 8 employé(e)s (en fonction de la catégorie professionnelle visée). Les entrevues auraient une durée approximative de 45 minutes.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Vous pourrez dès que la recherche sera terminée être informé des résultats de cette dernière.

ANNEXE 2. FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À PARTICIPER À UNE ENTREVUE Titre de la recherche

Analyse de l'impact des pratiques de gestion des ressources humaines, de conciliation vie personnelle et vie professionnelle, des services aux salariés sur l'engagement au travail et la rétention de la main-d'œuvre.

Identification du ou des membres de l'équipe de recherche :

CHERCHEUR PRINCIPAL: Diane-Gabrielle Tremblay, professeure et directrice ARUC-GATS, tél: 514-843-2015,

et

Nadia Lazzari Dodeler, étudiante au doctorat en administration, UQAM, et étudiante participant à la recherche ARUC-GATS

Courriel: dgtrembl@teluq.uqam.ca; ndodeler@hotmail.com

DIRECTRICE DU DOCTORAT:

Tremblay, Diane-Gabrielle, professeure Téluq, 514-843-2015 email: dgtrembl@teluq.uqam.ca

Brève description du projet de recherche

L'étude de cas aura pour but de répondre aux questions formulées ci-dessous, et de produire une étude des vécus, des besoins, des comportements et des pratiques développées par les travailleurs de diverses organisations en regard de la gestion de leur temps de travail et temps sociaux, et en relation aux pratiques de gestions dans les entreprises.

Les questions spécifiques sont : quelles sont les pratiques de gestion des ressources humaines et de conciliation vie personnelle et vie professionnelle mises en œuvre dans les organisations pour attirer et retenir la main-d'œuvre? Comment se différencient-elles selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle? Quels sont les services aux salariés (ou autres avantages sociaux) qui sont offerts aux salariés? Quels sont les mesures et les pratiques de conciliation ou de rétention de main-d'œuvre selon les organisations (Aménagement du temps de travail, télétravail, etc.)? Comment ces pratiques peuvent-elles influer sur l'engagement (affectif, normatif, de continuité), sur la motivation, la performance, l'attraction et la rétention de main-d'œuvre?

Respect des principes éthiques

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Ainsi, toutes les personnes pouvant avoir accès à cette information, c'est-à-dire Diane-Gabrielle Tremblay et moi-même, ont signé un engagement de confidentialité. La cassette contenant l'enregistrement et sa transcription seront conservées dans un lieu sécuritaire pendant quatre années et détruites ensuite.

De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un participant ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Compte tenu des thèmes qui seront abordés et des mesures de confidentialité qui seront prises, le fait de participer à notre projet de recherche ne devrait vous causer aucun préjudice. Cela ne devrait pas non plus vous profiter directement.

Enfin, vous ne devez, en aucun cas, vous sentir obligé de participer à cette recherche et nous vous assurons que votre décision ne sera pas communiquée à votre employeur ou autre personne (ex. syndicat). Votre participation doit être totalement volontaire; vous pourrez en tout temps décider de vous retirer de l'entrevue, de ne pas répondre à certaines questions et ce, sans avoir à fournir de raisons. Vous aurez aussi accès aux résultats de l'étude dès qu'ils seront disponibles, soit vers décembre 2011. Pour ce faire, vous pourrez communiquer avec la chercheure, idéalement par courriel.

Si vous avez des commentaires à formuler ou des questions concernant les principes d'éthique en vigueur à la Téluq, communiquez avec Madame Sylvie Laferté, présidente du Comité d'éthique en recherche avec des êtres humains, par courriel à laferte.sylvie@teluq.uqam.ca ou par téléphone au (418) 657-2747 poste 5323.

Clause de responsabilité : «En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliqués de leurs obligations légales et professionnelles»

Personne-ressource: « Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse suivante : anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca».

Signature du participant et de la chercheure

Ayant lu et compris le texte ci-dessus et ayant eu la possibilité de recevoir des détails complémentaires sur l'étude, je consens à participer à cette recherche.

Prénom et nom du participant à l'entrevue	
Signature du participant	
Date (aaaa-mm-jj)	
Engagement du chercheur-intervieweur à respecte	r les conditions ci-haut mentionnées.
Prénom et nom du chercheur- interviewer	
Signature du participant	
Date (aaaa-mm-jj)	

ANNEXE 3. ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ DE L'ÉQUIPE

Titre de la recherche:

Analyse de l'impact des pratiques de gestion des ressources humaines, de conciliation vie personnelle et vie professionnelle et des services aux salariés sur l'engagement au travail et la rétention de la main-d'œuvre.

Identification du ou des membres de l'équipe de recherche :

CHERCHEUR PRINCIPAL: Tremblay, Diane-Gabrielle, professeure Téluq, 514-843-2015,

Nadia Lazzari Dodeler, Doctorante Uqam

Conditions de l'engagement :

Nous, soussignés, membres de l'équipe de recherche réalisant le projet de recherche mentionné ci-dessus, nous engageons formellement à :

- assurer la protection et la sécurité des données secondaires que nous consulterons et à les conserver dans un lieu sécuritaire; le bureau de DG Tremblay n'est accessible qu'avec sa clé personnelle, et l'étudiante (Nadia Dodeler) a depuis juin un bureau fermé dont elle est aussi la seule à détenir la clé. Les deux bureaux sont dans l'édifice de la Téluq-UQAM, au 100 Sherbrooke ouest (Montréal H2X 3P2). Normalement, nous conservons les données pendant 4 ans, tel qu'exigé par le CRSH. Si un individu se retire de la recherche, les données concernant cette personne sont toujours détruites.
- ne discuter des renseignements confidentiels recueillis dans les documents ou banques de données qu'avec les membres de l'équipe ayant signé le présent engagement;
- ne pas utiliser, de quelque manière que ce soit, les données qu'on nous aura explicitement demandé d'exclure de l'ensemble des données recueillies;
- prendre les dispositions nécessaires pour protéger l'identité des personnes sur qui porte l'information et en empêcher l'identification accidentelle, tant lors du traitement et de l'analyse des données que lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Signature	Date (jj/mm/aaaa)		
	Signature		

ANNEXE 4. GUIDE D'ENTREVUES CONCERNANT LES EMPLOYÉS

PORTRAIT DE L'ORGANISATION

1. Pourriez-vous succinctement me dresser le portrait de votre organisation (Secteur, taille, année de création, milieu syndiqué)?

LES ÉTUDES

- 2. Quelles études avez-vous suivies et pourquoi (modèle familial ou autre)?
- 3. Votre emploi actuel est-il en lien avec vos études, a-t-il fait suite à un stage, avez-vous continué à vous former depuis et pourquoi ?

CONDITIONS DE TRAVAIL

- 4. Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail (climat, horaires, charge de travail, pénibilité, opportunités de développement personnel, rémunération), si oui pourquoi? si non pourquoi?
- 5. Ces conditions d'emploi ont-elles évolué depuis le début de votre carrière ? les relations avec les collègues et supérieurs sont-elles bonnes ?
- 6. Pourriez-vous me parler des éléments positifs rattachés à votre travail (éléments à ne pas changer)
- 7. Quels sont les éléments négatifs rattachés à votre travail qui doivent être améliorés et comment ?

LE PARCOURS AU TRAVAIL

- 8. Tout au long de votre parcours professionnel avez-vous travaillé dans différents secteurs, organisations, services, lesquels ?
- 9. Quels évènements marquants professionnels ou personnels expliquent vos choix de parcours ?
- 10. Vos collègues supérieurs ou inférieurs hiérarchiquement sont-ils très présents dans votre travail ou travaillez-vous de manière autonome avez-vous des exemples à me donner? Avez-vous des employés sous votre responsabilité? Comment s'exerce la supervision ou le « contrôle » de votre travail?

LA CARRIERE

- 11. Votre profession, est-ce une vocation?
- 12. Comment percevez-vous votre cheminement de carrière. Est-il identique à celui que vous imaginiez en début de carrière?
- 13. Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'avancement de votre carrière (accès aux postes, formation continue, perfectionnement, stages, etc.).
- 14. Quels types de responsabilités professionnelles représenteraient une source de motivation dans le cheminement de votre carrière ?

LA RETRAITE (selon l'âge des personnes, les parties VI et VII seront plus ou moins développées)

- 15. A quel âge prévoyez-vous de prendre votre retraite?
- 16. Y a-t-il des éléments qui vous inciteraient à demeurer au travail plus longtemps que vous aviez prévu?
- 17. A quel âge prévoyez-vous de prendre votre retraite?
- 18. Y a-t-il des éléments qui vous inciteraient à demeurer au travail plus longtemps que vous aviez prévu ou à quitter prématurément? Par exemple en ce qui concerne 1.1'organisation du travail, 2. Les conditions financières, 3. L'environnement de travail, 4. Les pratiques de gestion, 5. La reconnaissance et la valorisation par l'organisation 6. L'aménagement du temps de travail.
- 19. Pour votre fin de carrière qu'envisagez-vous? (Le temps partiel, un emploi autonome, horaires flexibles, télétravail, une reconversion, mentorat binômat, formateur, parrainage)
- 20. La nécessité financière (devoir travailler pour gagner de l'argent) est-elle importante dans votre situation actuelle ?
- 21. Pour votre fin de carrière qu'envisagez-vous? (le temps partiel, un emploi autonome, horaires flexibles, télétravail, une réorientation de carrière, mentorat, binômat, formateur, parrainage)
- 22. La nécessité financière (devoir travailler pour gagner de l'argent) est-elle importante dans votre situation actuelle ?

CONCILIATION VIE PERSONNELLE ET VIE-PROFESSIONNELLE

- 23. Comment vivez-vous l'articulation des temps de vie professionnelle et personnelle, de la conciliation des activités professionnelles et personnelles?
- 24. Avez-vous eu accès à un dispositif d'aménagement du temps de travail durant votre carrière? De quel type et vers quel âge?
- 25. Pensez-vous qu'il y ait une différence selon l'âge et le sexe? Qui est le plus concerné par la question?
- 26. Que peut faire l'organisation pour aider les salariés et qu'existe-t-il chez vous?
- 27. Pensez-vous que le temps partiel ou la réduction du temps de travail constitue un bon mode de conciliation?

- 28. Le télétravail et la flexibilité sont-ils utilisés comme mode de conciliation?
- 29. Comment l'organisation s'assure-t-elle que cela n'a pas d'effet négatif sur les carrières?
- 30. Pensez-vous avoir pu articuler les dimensions travail et hors travail?
- 31. Quels sont vos projets personnels et professionnels pour les cinq prochaines années? (rester dans votre emploi, changer d'emploi)

32. Questions fermées

32.1 - Parmi les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, lesquelles existent actuellement dans votre entreprise?

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de travail	Oui	Non
Retraite progressive		
Retraite et emploi à temps partiel		
Temps partiel volontaire	_	
Travail partagé volontaire		
Horaire flexible		
Télétravail ou travail à domicile temps plein		
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine		
Journées de travail plus courtes		
Jours supplémentaires de congé		
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)		
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)		
Vacances annuelles plus longues		
Autres., Précisez		

- Les mesures d'aménagement du temps de travail sont elles beaucoup utilisées par vos collègues de travail (revenir sur celles qui existent) ?
- Qui les utilise selon vous : quelles catégories professionnelles, hommes et femmes ? et pourquoi ces groupes ?

33 - Parmi les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, lesquelles pourraient vous intéresser du point de vue de la conciliation?

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de	Très intéressant	Assez intéressant	Neutre	Pas intéressant	Pas du tout intéressant
travail					
Retraite progressive			0.0000000000000000000000000000000000000		
Retraite et emplois à temps partiel					
Temps partiel volontaire					
Travail partagé volontaire					
Horaire flexible					
Télétravail ou travail à domicile temps plein					
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine					
Journées de travail plus courtes					
Jours supplémentaires de congé					
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)					
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)					
Vacances annuelles plus longues					

34. Parmi les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, lesquelles pourraient vous inciter à rester en emploi plus longtemps dans cette organisation ?

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de travail	Très intéressant	Assez intéressant	Neutre	Pas intéressant	Pas du tout intéressant
Retraite progressive					
Retraite et emplois à temps partiel					
Temps partiel volontaire					
Travail partagé volontaire					
Horaire flexible					2.337
Télétravail ou travail à domicile temps plein					
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine					
Journées de travail plus courtes					
Jours supplémentaires de congé					
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)					
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)					
Vacances annuelles plus longues					

Est-ce que le mentorat de plus jeunes ou le transfert de connaissances à leur endroit pourrait vous inciter à rester plus longtemps en emploi ? Expliquer.

34.1 Quelles autres mesures pourraient vous inciter à rester?

Autres mesures	Très intéressant pour m'inciter à rester	Assez intéressant pour m'inciter à rester	Neutre	Pas Intéressant pour m'inciter à rester	Pas du tout intéressant pour m'inciter à rester
Mobilité interne (occuper un autre poste)					
Mentorat de plus jeunes					
Dispenser de la formation					
Un mode de gestion plus participatif ou fournissant plus d'autonomie					

Quel est le facteur principal qui vous inciterait à rester en emploi si votre organisation vous le proposait?

LE PARCOURS HORS TRAVAIL

- 42. Vivez-vous en couple ? Comment décririez-vous les rapports avec le(s) conjoint(s) ?
- 43. Que fait votre conjoint? Quelles études a-t-il fait? Quel niveau dans sa profession actuelle et comparaison avec vous?
- 44. Dans votre couple, qui s'occupe de l'entretien ménager ? Qui s'occupe des enfants ? Vous, votre conjoint, un aidant familial ? Une aide rémunérée (gardienne pour les enfants, titres-services pour le ménage ?)
- 45. Votre conjoint a-t-il pu suivre sa carrière « librement »? Et vous ? Auriez-vous voulu consacrer davantage de temps à votre carrière ? Auriez vous préféré que votre conjoint renonce, en partie ou en totalité, à sa carrière pour que vous puissiez vous engager davantage ?
- 46. Avez-vous des enfants ? Quels âges ont-ils ? Font-ils ou ont-ils fait des études ? Habitent-ils encore chez vous ? Habitent-ils près ou loin de chez vous ? Vos enfants sont-ils un élément important dans votre équilibre personnel ? Les voyez-vous souvent ? Quels sont les rapports avec eux ?

- 47. Avez-vous des petits-enfants ? Quels âges ont-ils ? Vos petits-enfants sont-ils un élément important dans votre équilibre personnel ? Les voyez-vous souvent ? Quels sont les rapports avec eux ?
- 48. Avez-vous des parents/Grands-parents? Quels âges ont-ils? Quels métiers ont-ils exercé? Habitent ils près ou loin de chez vous? Vos parents/Grands-parents sont-ils un élément important dans votre équilibre personnel? Les voyez-vous souvent? Quels sont les rapports avec eux?
- 49. Si vous avez des parents/grands-parents, vous occupez-vous d'eux personnellement ou l'avez-vous fait ?
- 50. Dans tous ces rapports familiaux, y a-t-il des éléments qui ont influencé vos choix durant votre parcours professionnel?

Avez-vous autre chose à ajouter?

Merci de votre collaboration!

ANNEXE 5. THÈMES DES ENTREVUES AVEC LES DRH OU LES SYNDICATS

Nous demanderons aux personnes concernées de nous parler de ces thèmes : (sous forme « parlez-moi de... »)

LA QUESTION DE LA CONCILIATION EMPLOI-FAMILLE

L'opinion sur la question de la conciliation dans l'organisation : mesures offertes, difficultés des employés, etc.

Le positionnement de l'organisation sur cette question : est-ce un avantage concurrentiel mis de l'avant pour attirer de la main-d'œuvre ?

LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT DE LA MAIN D'ŒUVRE

L'opinion sur la question du vieillissement de la main-d'œuvre, différences hommes-femmes.

Les mesures mises en place ou souhaitées pour favoriser la rétention de la main-d'œuvre.

LES STRATÉGIES

Stratégies de l'organisation pour faire face à la problématique de gestion des âges et temps sociaux : conciliation emploi-famille et vieillissement.

Initiatives prises pour faciliter la conciliation entre famille et emploi tout au long de la vie (responsabilités des salariés vs enfants et personnes âgées ou malades).

Stratégies dans la gestion des fins de carrière.

4. LES SYNDICATS, LA GRH ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISATION

Rapport entre les syndicats et l'organisation.

Rapport des syndicats dans le fonctionnement du marché de l'emploi sectoriel.

Stratégies adoptées par les syndicats du point de vue de la conciliation tout au long de la vie (jeunes parents et travailleurs plus âgés).

Quel accès réel des salariés aux mesures de conciliation entre famille et emploi.

Opinion sur la gestion des fins de carrière dans les entreprises (y a-t-il des choses qu'on ne peut faire, qu'on préfère, etc. et quelle est la réception des syndicats, des salariés).

LES MESURES D'AMÉNAGEMENT ET DE RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Parmi les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, lesquelles existent actuellement dans votre organisation?

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de travail	Oui	Non
Retraite progressive		
Retraite et emploi à temps partiel		
Temps partiel volontaire		
Travail partagé volontaire		
Horaire flexible		
Télétravail ou travail à domicile temps plein		
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine		
Journées de travail plus courtes		
Jours supplémentaires de congé		
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)		
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)		

Vacances annuelles plus long	gues	
Autres., Précisez		

- Les mesures d'aménagement du temps de travail sont elles beaucoup utilisées par les employés?
- Qui les utilise selon vous : quelles catégories professionnelles, hommes et femmes ? Et pourquoi ces groupes ?

Parmi les mesures d'aménagement et de réduction du temps de travail, lesquelles pourraient être intéressantes du point de vue de la conciliation

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de travail	Très intéressant	Assez intéressant	Neutre	Pas intéressant	Pas du tout intéressant
Retraite progressive					
Retraite et emplois à temps partiel					
Temps partiel volontaire					
Travail partagé volontaire					
Horaire flexible					
Télétravail ou travail à domicile temps plein					
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine					
Journées de travail plus courtes					
Jours supplémentaires de congé					
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)					
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail					

de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)		
Vacances annuelles plus longues		

Lesquelles pourraient inciter à rester en emploi plus longtemps dans l'organisation ?

Pratique d'aménagement ou réduction du temps de travail	Très intéressant	Assez intéressant	Neutre	Pas intéressant	Pas du tout intéressant
Retraite progressive					
Retraite et emplois à temps partiel					
Temps partiel volontaire					
Travail partagé volontaire					
Horaire flexible					
Télétravail ou travail à domicile temps plein					
Télétravail ou travail à domicile quelques jours par semaine					
Journées de travail plus courtes					
Jours supplémentaires de congé					
Semaine réduite à 4 jours (payées 4 jours)					
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payée le total des heures habituelles)					
Vacances annuelles plus					

-		 1	
	longues		

Est-ce que le mentorat de plus jeunes ou le transfert de connaissances à leur endroit pourrait inciter à rester plus longtemps en emploi ? Expliquer.

Quelles autres mesures pourraient inciter à rester?

Autres mesures	Très intéressant pour m'inciter à rester	Assez intéressant pour m'inciter à rester	Neutre	Pas Intéressant pour m'inciter à rester	Pas du tout intéressant pour m'inciter à rester
Mobilité interne (occuper un autre poste)					
Mentorat de plus jeunes			,		
Dispenser de la formation					
Un mode de gestion plus participatif ou fournissant plus d'autonomie					

Autre chose à ajouter?

Merci de votre collaboration.

ANNEXE 6. PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES INFIRMIÈRES

Tableau 1. Pratiques ARTT du point de vue de la conciliation

Tableau 1. Prati	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
Pratiques d'aménagement ou réduction du temps de travail	Н	F	н	F	Н	F	н	F	н	F
Retraite progressive : 20-44 ans 45-60 ans	/ 1	3 9	1 /	1 1	/ 2					
Retraite et emplois à temps partiel : 20-44 ans 45-60 ans	1	1 9	1 1	2	/					1 /
Temps partiel volontaire : 20-44 ans 45-60 ans		4 9	2		1 /	1				
Travail partagé volontaire : 20-44 ans 45-60 ans		2 8	2	1 1	1 /	1 1	1			
Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans	1 2	4 9			1					/ 1
Journées de travail plus courtes : 20-44 ans 45-60 ans		3 6	1 1	1 2	1	1	1			/ 1
Jours supplémentaires de congé : 20-44 ans 45-60 ans	1 1	3 9	1	1 /	/ 1			/ 1		
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours) : 20-44 ans 45-60 ans	1	3 7	1	1 1	1 1	1				/ 1
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payer le total des heures habituelles): 20-44 ans 45-60 ans		1 7	1 2	1 /	1	1 1		1 2		
Vacances annuelles plus longues 20-44 ans 45-60 ans	1	2 9	1 1	2 1	1					

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

Tableau 2. Pratiques ARTT du point de vue de l'incitation à demeurer en emploi

Retraite progressive: 20-44 ans 45-60 ans Retraite et emplois à temps partiel: 20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	H 1 2 1 2	F 4 7 . 2 8	Н	F / 3	H / 1	F	Н	F	Н	F
Retraite progressive: 20-44 ans 45-60 ans Retraite et emplois à temps partiel: 20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	1 2 1 2	4 7	11	1	1		2.5 3.8 2.2	. \$2.	57 A.R. (%)	
20-44 ans 45-60 ans Retraite et emplois à temps partiel: 20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	1 2	2					13			
Retraite et emplois à temps partiel : 20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire : 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire : 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	1 2	2		3	1					
20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	2		ė.			1 1				
20-44 ans 45-60 ans Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	2									
Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	2						18			
Temps partiel volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans		8		2	1	2				
20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans				1	1	/				
20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans										
20-44 ans 45-60 ans Travail partagé volontaire: 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	_		-							
45-60 ans Travail partagé volontaire : 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	1	2		1		1	/	1		
Travail partagé volontaire : 20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	2	8		1		1	1	1		
20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans	-	0		1		1	1	,		
20-44 ans 45-60 ans Horaire flexible: 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes: 20-44 ans									12	
Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans		1	1	2	1	1	1	1		
20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans		7	1	1	1	1	1	1		
20-44 ans 45-60 ans Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	-	-								
Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	1	3		1						
Journées de travail plus courtes : 20-44 ans	3	10		1		. 1	9			
20-44 ans	"	10					_ 9			
							-	100		
45-60 ans	1	2	/	1		/	1	1		1
	1	6	1	2		1	1	/		1
Jours supplémentaires de congé :	-									
	1	3	1	1						1
	2	7	1	1						2
45-00 ans	-	,	1	1						_
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours) :			100	100						
	1	2		2	/	/				/
45-60 ans	2	8		/	1	1				1
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payer le total des heures habituelles):										
	1	1	1	2	1	1		1		1
	1	3	1	2	1	2		1		2
43-00 alis	1	3	1	-	1	_		1		2
Vacances annuelles plus longues :										
	1	3	1	1	1	1				1
	1	7	1		1	1				1
45-00 ans				1				4		

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F

Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

ANNEXE 6 bis. AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI - GROUPE DES INFIRMIÈRES

Tableau 3. Autres mesures incitatives

Mesures	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
	Н	F	Н	F	н	F	н	F	н	F
Mobilité interne (occuper un autre poste) : 20-44 ans 45-60 ans		2 4	1 1	/ 1	//	2 2	/ 1	1	/ 1	/ 2
Mentorat de plus jeunes : 20-44 ans 45-60 ans	/ 1	1 6	1 1	/ 1				2 I	/ 1	1 2
Donner de la formation : 20-44 ans 45-60 ans	1 1	6		3 2			/	1 /	1	/ 2
Autres mode de gestion plus participatif 20-44 ans 45-60 ans		1 6	1 1	3	/ 1	/ 1			/ 1	/ 2

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

ANNEXE 7. PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES PROFESSIONNELS DE RÉADAPTATION

Tableau 1. Pratiques ARTT du point de vue de la conciliation

D. W. D. L.	TI	TI	AI	Al	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
Pratiques d'aménagement ou réduction du temps de travail	н	F	н	F	н	F	н	F	н	F
Retraite progressive : 20-44 ans 45-60 ans et plus	1 /	3 2	1 1	3 /				1 /		
Retraite et emplois à temps partiel : 20-44 ans 45-60 ans et plus	1 1	4	1 /	3 /	1 /					
Temps partiel volontaire : 20-44 ans 45-60 ans et plus	1 1	6	2 /	1 /						
Travail partagé volontaire : 20-44 ans 45-60 ans et plus	1 1	1 /		2	1 /	1 /		2 /	1 /	1 /
Horaire flexible : 20-44 ans 45-60 ans et plus	2	7	1							
Journées de travail plus courtes : 20-44 ans 45-60 ans et plus	2 /	5	1 /	2 /					/	
Jours supplémentaires de congé : 20-44 ans 45-60 ans et plus	2 1	6	1 /			1 /				
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours): 20-44 ans 45-60 ans et plus	2	5 /		2	1 /					
Semaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payer le total des heures habituelles) : 20-44 ans 45-60 ans et plus	2 1	5		1 /					1 /	1 /
Vacances annuelles plus longues 20-44 ans 45-60 ans et plus	2 1	7			1 /					

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

Tableau 2. ARTT et incitation à demeurer en emploi

Pratiques d'aménagement ou	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
réduction du temps de travail	н	F	Н	F	н	F	н	F	н	F
Retraite progressive :	11	P	11	P	11	1.	2,1,1	- X		
20-44 ans	2	6	1	1						
45-60 ans et plus	1	1	1	1						ĺ
10 00 die of plac				·						
Retraite et emploi à temps partiel :								-		
20-44 ans	1	4	2	3						
45-60 ans et plus	1	1	1	/						
Temps partiel volontaire:										
20-44 ans	1	4	2	2				1		i
45-60 ans et plus	1	1	1	/				/		
Travail partagé volontaire :										
20-44 ans	1	1		2	1	1		2	1	1
45-60 ans et plus	1	/		1	/	/		/	/	/
Horaire flexible :										
20-44 ans	2	7	1							
45-60 ans et plus	1	1	1					-		
Journées de travail plus courtes :										
20-44 ans		6	1	1	1				1	
45-60 ans et plus		1	/	/	/				1	
Jours supplémentaires de congé :					-	1 8				
20-44 ans	2	7	1			11		13		
45-60 ans et plus	1	1	/							
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours) :	2	4		2	1	1				
20-44 ans	1	1		1	1	1				
45-60 ans et plus										
emaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en 4, payer le total des heures	1	4			1	1			1	2
habituelles):	1	1			1	1			1	1
20-44 ans										
45-60 ans et plus										
Vacances annuelles plus longues :			- 1					0.00		
20-44 ans	2	7			1	1 4				
45-60 ans et plus	1	1			1					1

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

ANNEXE 7 bis. AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI - GROUPE DES PROFESSIONNELS DE RÉADAPTATION

Tableau 3. Autres mesures incitatives

Mesures	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
	н	F	н	F	Н	F	Н	F	Н	F
Mobilité interne (occuper un autre poste) :		(M) 5430			- CO		- 10 may 1 m			
20-44 ans	1	4	1	2		1			1	
45-60 ans et plus	1	/	1	1		1			/	
Mentorat de plus jeunes :										
20-44 ans	1	4	2	1	2	1				
45-60 ans et plus	1	/	/	1	/	/				
Donner de la formation :										
20-44 ans	1	4	3	1		1		1		
45-60 ans et plus	1	1	1	1		1		1		
Autres mode de gestion plus										
participatif	1 .						X]	
20-44 ans	1 /	2	1 /	3	2	2				
45-60 ans et plus	1	1	/	1	/	/				

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

ANNEXE 8. PRATIQUES ARTT DU POINT DE VUE DE LA CONCILIATION - GROUPE DES PARAMEDICS

Tableau 1. Pratiques RTT du point de vue de la conciliation

	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDT
Pratiques d'aménagement ou réduction du temps de travail	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F
Retraite progressive :		.,		-	***	~				
20-44 ans	17	10	10	3	6	1				
45-60 ans et plus	17	2	11	1	1	/				
Retraite et emplois à temps partiel :									-	
20-44 ans	16	10	13	3	4	1	/		/	
45-60 ans et plus	11	2	11	/	1	1	1		3	
Temps partiel volontaire:					1					
20-44 ans	10	8	11	4	7	1	2		2	1
45-60 ans et plus	5	1	13	/	4	/	2		2	/
Travail partagé volontaire :										
20-44 ans	6	4	10	2	12	4	1		4	4
45-60 ans et plus	2	1	15	1	4	1	1		2	/
Horaire flexible:										
20-44 ans	18	8	9	3	4	1	1		2	2
45-60 ans et plus	5	1	10	1	6	1	.2		3	/
Journées de travail plus courtes :										
20-44 ans	1							1 9	1	
45-60 ans et plus	18	6	5	3	4	1	1		5	3
	7	1	8	/	2	1	1		5	1
Jours supplémentaires de congé :										
20-44 ans	19	10	6	3	7	1		2	1	
45-60 ans et plus	14	1	12	/	1	/			1	
0	-					-		- 3		
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours) :										
20-44 ans	12	5	6	4	11	5	1		2	
45-60 ans et plus	6	2	11	1	6	1	3		2	
Semaine comprimée en 4 jours (faire le										
travail de 5 jours en 4, payer le total des										
heures habituelles):										
20-44 ans	10	7	5	1	11	2			6	3
45-60 ans et plus	6	1	7	1	7	1			6	1
Vacances annuelles plus longues										
20-44 ans	18	9	8	4	6	1			1	
45-60 ans et plus	13	2	12	1	2	1		222	1	

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.

Tableau 2. RTT et incitation à rester en emploi

Pratiques d'aménagement ou réduction du temps de	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDTI
travail	н	F	Н	F	н	F	Н	F	Н	F
Retraite progressive :										
20-44 ans	18	9	9	3	5	2	1		1	
45-60 ans et plus	15	2	11	1	/	/	/		2	-
Retraite et emplois à temps partiel :										
20-44 ans	1 8									
45-60 ans et plus	16	8	14	4	3	2	/		1	
	8	2	14	1	/	/	2		3	
Temps partiel volontaire:										
20-44 ans	12	8	14	3	5	3	1		1	1
45-60 ans et plus	5	1	12	1	4	1	3		2	1
Travail partagé volontaire :										
20-44 ans	9	5	1	1	12	4	1		3	4
45-60 ans et plus	2	1	11	1	6	1	1		6	1
Horaire flexible :										
20-44 ans	17	8	9	2	5	1	1		2	3
45-60 ans et plus	5	1	10	1	4	1	2		4	1
Journées de travail plus courtes :										
20-44 ans										
45-60 ans et plus	16	5	5	4	1	2	1		3	3
	6	1	6	1	2	1	1		9	1
Jours supplémentaires de congé :					7977					
20-44 ans	220			1 221						
45-60 ans et plus	22	6	3	8	8				/	i
	13	2	11	/	1				1	
Semaine réduite à 4 jours (payer 4 jours) :										-
20-44 ans				10.13						
45-60 ans et plus	13	5	7	4	9	4	/		3	1
	6	1	8	/	6		1		3	1
emaine comprimée en 4 jours (faire le travail de 5 jours en					_					
4, payer le total des heures habituelles):										
20-44 ans										
45-60 ans et plus										
to ve and er place	10	4	2	6	14	1	1		7	3
	7	1	8	1	4	1	1		7	1
Vacances annuelles plus longues :										
20-44 ans				180	124					
45-60 ans et plus	20	8	7	6	6				/	
	13	2	11	1	2		-		1	-

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus

ANNEXE 8 bis. AUTRES MESURES EN LIEN AVEC L'INCITATION A DEMEURER EN EMPLOI- GROUPE DES PARAMEDICS

Tableau 3. Autres mesures incitatives

Mesures	TI	TI	AI	AI	N	N	PI	PI	PDTI	PDT
	н	F	Н	F	н	F	Н	F	н	F
Mobilité interne (occuper un autre poste) : 20-44 ans 45-60 ans et plus	10 6	6	/ 12	2 /	11 3	5 /	2 4	20 420	1 3	1 1
Mentorat de plus jeunes : 20-44 ans 45-60 ans et plus	15 7	6	12 4	3 /	6 6	3 /	/ 7	1	/ 4	1 1
Donner de la formation : 20-44 ans 45-60 ans et plus	5 3	5.	15 6	5 /	13 8	1	/ 5	3 /	/ 6	1 1
Autres Modification ou abolition des horaires 7/14 20-44 ans 45-60 ans et plus	9 5	9 /								

Très intéressant : TI, Assez intéressant : AI, Neutre : N, Pas Intéressant : PI, Pas du tout intéressant : PDTI, Homme : H, Femme : F. Les chiffres du haut correspondent à la tranche d'âge des 20-44ans, ceux du bas à celle des 45-60 ans et plus.



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le comité d'éthique de la recherche de la Téluq certifie avoir guaminé la proposition de recherche soumine par

Diane-Gabrielle Tressblay et Nadia Lazarra

intital 6e

Analyse de l'impact des pestiques de gestian des ressources bussaines et des services aux salariés sur l'engagement ou travail et la rétection de la main-d'ouvre. (lociuant l'a mi)-se du Projet d'expérimentation au CSS des Sommets pour assurer une plus grande dispunibilité de la assis-d'exavre

at avoir conche que la recharche proposée est entièrement conferme eux normes d'éthique en recherche selon la Politique d'iéthique de la recharche ausc les dons humains.

Valide kusqu'as 9 jain 2011

Membres du comité

Do, Kim Liên Laferêk, Sylvên Pichette, Français Segvil, Louise Cado-cemed, Télaq Professours, Télaq Professours, Télaq Professours, Télaq Regiserate | Marketing et strængereses Linquistique Technologie ülansti se

Date

Sylvie Laferté Présidente du comité

d'éthique

Kim Liên Do Cadro-someil à la recherche

BIBLIOGRAPHIE

Allard-Poesi, F., Drucker-Godard, C., et Ehlinger, S. (2007). «Analyses de représentations et de discours», in Thiétart Méthodes de recherche en management, 3ème Édition Dunod, Paris, p. 492-518.

AQESSS. (2009). «Pour une gouvernance locale intégrée, efficiente, moderne, responsable et imputable», 24 p.

Arthur, M. B., & Rousseau, D. M. (1996). The boundaryless career: A new employment principle for a new organizational era. New York: Oxford University Press.

ASPQ. (2007). «Enjeux et solutions québécoises à la conciliation famille-travail; une recension des écrits», Version préliminaire, Revue de littérature de l'Association pour la santé publique du Québec, p. 2-49.

Audet, M. (2004). «La gestion de la relève et le choc des générations» *Gestion*, vol 29, n°3, p. 20-26.

Ballé, M. (2011). «Quand le doigt pointe la lune, c'est la lune qu'il faut regarder, pas le doigt» Éditorial de Michaël Ballé http://www.lean.enst.fr/wiki/bin/view/Lean/MichaelBalle Consulté le 22 décembre 2011.

Barber, A. E., Bretz, R.D. (2000). «Compensation, Attraction, and Retention». In S. Rynes, and B. Gerhart (Eds.), *Compensation in Organizations: Progress and Prospects, Frontiers of Industrial and Organizational Science Series*, Society for industrial and Organizational Psychology, p. 32-60, San Francisco: New Lexington Press.

Bardin, L. (2001). L'analyse de contenu. Paris : PUF.

Barrère-Maurisson, M.-A. (1992). La division familiale du travail : La vie en double. Paris : Presses universitaires de France.

Baruch, Y. (2001). «Employability: a substitute for loyalty? », *Human Resource* Development International, vol, 4: n°4, p. 543-566.

Baruch, Y. (2006). «Career development in organizations and beyond: Balancing traditional and contemporary viewpoints», *Human Resource Management Review*, vol 16, p. 125-138. Bastid, F. (2004). «Mesurer la réussite de carrière des cadres vers une intégration de la dimension extra-professionnelle», *CEROG IAE*, Aix en Provence.

Basu, K., et Gupta, A. (2007). «La pénurie de personnel infirmier : où et pourquoi», Bulletin de recherche sur les politiques de santé, n°13, p.21-25.

Beaupré, D., Cloutier, J., Gendron, C., Jiménez, A., et Morin, D. (2008). «Gestion des ressources humaines, développement durable et responsabilité sociale», *Revue internationale de Psychosociologie* n°33, vol 14, p. 77-140.

Becker, H. S. (1960). «Note on the Concept of Commitment », *American Journal of Sociology*, Vol. 66, N° 1, p. 32-40, Published by: The University of Chicago Press.

Behson, S. J. (2005). «The relative contribution of formal and informal organizational workfamily support», *Journal of Vocational Behavior*, vol. 66, n° 3, p. 487-500.

Béliveau, J. (2011). «Le rôle des cadres intermédiaires dans le transfert d'une approche humaniste de gestion, de soins et de services : une étude multi-cas au Centre de réadaptation Estrie». Thèse présentée à la Faculté d'Administration de l'université de Sherbrooke, 401 p.

Benhadji, A. (2009). «Le renouvellement de la main d'œuvre dans les établissements de santé et des services sociaux - Quelles voies d'actions privilégier?» Le point en administration de la santé et des services sociaux, La revue au service des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé, vol 5, n°4, 5 p.

Bernard, C. (2011). «430 médecins de plus en exercice au Québec» Collège des médecins du Québec http://www.cmq.org/Public/Profil/Commun/Nouvelles/2011/2011-02-08.aspx Consulté le 12 décembre 2011.

Bertrand, F. et al. (2010). « Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges », Le travail humain, vol. 73, p. 213-237.

Bettache, M., (2007). «Les pratiques de gestion des ressources humaines favorisant le maintien en emploi et l'engagement organisationnel des travailleurs vieillissants» Thèse en relations industrielles, Université de Montréal, 558 p.

Bjørk, I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S. Tørstad, S., et Hamilton, G.A. (2007). «Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. International» *Journal of Nursing Studies*, 44, 747–757.

Black. J., et Miller, D. (2008). «The Toyota Way to Healthcare Excellence Increase Efficiency and Improve Quality with Lean», Chicago: *Health Administration*, 18 p.

Bourcier, C., Palobart, Y. (1997). La reconnaissance: un outil de motivation pour vos salariés. Les Éditions Organisation, 195 p.

Bourhis, A., Dupé, L., et Jacob, R. (2004). «La contribution de la gestion des connaissances à la gestion de le relève : le cas Hydro-Québec», *Gestion*, vol 29, n°3, p. 73-81.

Bourque, D. (2009). «Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec». Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS) Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires Université Toulouse, 28 p.

Boutin, V. (2008). «La santé, une responsabilité individuelle ou collective? Le rôle de l'État : prévenir ou guérir?», 100 idées citoyennes pour un Québec en santé, p. 15-27.

Brideau, G., et Dallaire. (2010). «Les «superinfirmières», une solution miracle pour le futur de la profession?», *L'infirmière clinicienne*, vol.7, n°2.

Brugeilles, C. et Sebille, P. (2011). «Partage des activités parentales: les inégalités perdurent», *Politiques sociales et familiales, Parentalité*, n°103.

Brun, J.-P. (2008). Les 7 pièces manquantes du management. Éditions transcontinentales 204 p.

Brun J.P. et Dugas N. (2002). «La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens», Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, Québec, 24 p.

Brun, J.-P., Dugas, N. (2005). «La reconnaissance au travail: Analyse d'un concept riche de sens». *Gestion*, vol, 30, p. 79-88.

Burton, J. (2008). «The Business Case for a Healthy Workplace», Industrial Accident Prevention Association (IAPA) http://www.iapa.ca/pdf/fd_business_case_healthy_workplace.pdf Consulté le 15 octobre 2010

Butell, N. J., et Greenhaus, J. H. (1982). «Interrole conflict among married women: the influence of husband and wife characteristics on conflict and coping behavior», *Journal of vocationel behavior*, vol 21, p. 99-110.

Cadin, L., Bender, A.-F., et de Saint-Giniez, V. (2003). Carrières nomades: les enseignements d'une comparaison internationale. Paris : Vuibert, 266 p.

Canadian Health Services Research Foundation. (2011). «Putting it in context: Canadians' views on the financial sustainability, quality and accessibility of healthcare in Canada», 13 p. http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Soroka-Backgrounder-EN.sflb.ashx Consulté le 14 novembre 2011.

Cardinal, L. (2004). «Nouvelles carrières et succès psychologique au travail », Cahier de Recherche de l'ESG UQAM, document 15, 1-23p.

Castonguay, C. (2007). Santé: pour des changements en profondeur. CIRANO Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, Montréal, Québec, Rapport 2007, 24p. http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2007DT-02.pdf Consulté le 01 décembre 2011.

Castonguay, J., Montmarquette, C., Scott, I. (2008). «Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE» Rapport de projet, CIRANO, Allier savoir et décision, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 94 p. http://www.cirano.gc.ca/pdf/publication/2008RP-02.pdf Consulté le 20 novembre 2011.

Cavalli, S. (2007). «Modèle de parcours de vie et individualisation» Gérontologie et Société, n°123, p.55-69.

Centre d'étude sur l'emploi et la technologie et de l'information sur le marché du travail. (2010). «Les chiffres clés de l'emploi au Québec », 23p. http://emploiquebec.net/publications/pdf/00 imt cc2010.pdf. Consulté le 02 juillet 2011.

Chaire de Gestion de la Santé et de la Sécurité au Travail. (2003). «La santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions, Fascicule 1: L'ampleur du problème : L'expression du stress au travail», Québec, Université Laval, 24 p. http://www.cgsst.com/stock/fra/doc286-978.pdf Consulté le 10 octobre 2010.

Champagne, Sarah. (2011). «Infirmières praticiennes spécialisées: un taux d'échec inquiétant». <a href="http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201101/19/01-4361797-infirmières-praticiennes-specialisees-un-taux-dechec inquietant.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_lire_a ussi 4346058 article POS1 Consulté le 20 novembre 2011.

Chanlat, J. F. (1992). «Peut-on encore faire carrière». Gestion, vol, 17, n°3, p. 100-110.

Chenevier, L. (1996). Les variables influençant l'ampleur du conflit « emploi-famille » ressenti par l'employé(e), mémoire de maîtrise, université de Montréal.

Chrétien, L. (2005). «La conciliation travail-famille dans les MRC de Bellechasse, Lévis et Lotbinière» Rapport final, Étude réalisée pour le compte du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec En collaboration avec les Centres locaux d'emploi de Lévis, des Chutes-de-la-Chaudière, de Ste-Croix et de St-Lazare, 241 p.

Chrétien, L. et Létourneau, I. (2010). «La conciliation travail-famille : au-delà des mesures à offrir, une culture à mettre en place» Gestion, volume 35, n°3. p.53-61.

CIAFT, FAFMRQ, FFQ, FQOCF, RNR. (2004). Conjuguer vie personnelle, vie familiale, études et travail sur le mode de l'équité sociale : une réflexion nécessaire pour la société québécoise, dans le cadre de la consultation sur la conciliation travail-famille du ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 8 p.

Clarke, H., Laschinger, H., Giovannetti, P., Shamian, J., Thomson, D., & Tourangeau, A. (2001). «Nursing shortages: Workplace environments are essential to the solution». *Hospital Quarterly (Summer)*, p. 50-56.

Claveranne, J.-P., Bourgou, T., Dufour, A., Grillet, V., Martinent, E., Mick, S., Mitak, S., Pascal, C., Piovésan, D., Remandabam, R., Robelet, M., Thomas, J., Vinot, D. (2011). Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé; Description et analyse des dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. Tome II, descriptions verticales, Graphos-CNRS, Dernière version, 148p.

Closon, C. (2007). «L'adéquation travail – famille. Une question de conciliation ou d'interaction ?». Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail, vol 3, n°1, p.107-125.

Colle, R., et Christin, J. (2008). «Couples à double carrière et articulation vie privée – vie professionnelle : Le mariage de la carpe et du lapin ?», XIXème Congrès de l'AGRH, Dakar, Sénégal.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). «Favoriser la pratique médicale de groupe et accroître l'interdisciplinarité en première ligne, Info performance», 2p. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_INFOPERFORMANCE/CSBE_Info_Performance_112011.pdf Consulté le 25 novembre 2011.

Conference Board du Canada. (1994). «Concilier le travail et la famille: enjeux et options». Ottawa.

Conseil de la famille et de l'enfance. (2003). «Famille-travail, comment conciliez-vous? Enquête dans six entreprises». Québec : Gouvernement du Québec.

Cotton, J. L., Tuttle, J.M. (1986). «Employee turnover: a meta-analysis and review with implications for research», *The Academy of Management Review*, vol. 11, no1, p. 55-66.

CSQ. (2011). «La contribution santé servira à rembourser des compagnies pharmaceutiques»,1p.http://www.sante.csq.qc.net/index.cfm/2,0,1672,9545,0,0,html?action=display&BoxID=16833&LangID=2&KindID=2&complete=yes&print=yes Consulté le 25 novembre 2011.

Daly, K. (2004). «Tendances contemporaines de la famille : L'évolution de la culture parentale», Ottawa, L'Institut Vanier de la famille, 22 p.

D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C.-A., Tremblay-Lavoie, M., Dallaire, C., Cyr, G. (2007). «Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée». Rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 43p. https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/handle/1866/2196 Consulté le 20 novembre 2011.

Dany, F. (2004). «La théorie des carrières: D'où venons-où et où allons-nous?» Dans Guerrero, S., Cerdin, J.-L., et Roger, A. (eds), *La gestion des carrières. Enjeux et perspectives*, p.335-349, Paris: AGRH, Vuibert.

Dany, F., Livian, Y.-F. (2002). La nouvelle gestion des cadres : employabilité, individualisation et vie au travail, 2e éd., Vuibert.

Dagenais, M., Imbeau, D., Demarcellis-Warin, N., Lequoc, S. (2011). «Approche Toyota, santé et sécurité des professionnels et sécurité des patients : y-a-t-il un lien ?» CIGI, 8 p.

Daunais, J.-P. (1992). «L'entretien non directif». Dans *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, sous la dir. de Benoît Gauthier, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 584 pages, p. 273-293.

Deci E.-L, Ryan R.-M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.

DeFillippi, R. J. and Arthur, M. B. (1994). «The boundaryless career: a competency-based Prospective», Journal of Organizational Behavior, vol, 15, n° 4, p. 307-24.

Dejours, C. (1993). Travail, usure mentale: De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris: Bayard Edition.

De Konink, T. (1999). « L'humain, un être de dignité », propos recueillis par Chantal Hivon, Échange, vol, 13, n° 3, novembre, p. 2-5.

De Larquier, G., et Remillon, D. (2008). «Assiste-t-on à une transformation uniforme des

carrières professionnelles vers plus de mobilité? Une exploitation de l'enquête «Histoire de vie». *Travail et Emploi*, n°113, p. 13-30.

Denzin, N. K. (1984). On understanding emotions, Jossey-Bass, San Francisco.

Deslauriers, J. P. (1991). Recherche qualitative: guide pratique. Montréal: McGraw-Hill.

Dion, G. (1986). Dictionnaire canadien des relations du travail (2 éd.). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.

Drucker-Godard, C., Ehlinger, S. et Geenier, C. (2007). «Validité et fiabilité de la recherche», in Thiétard (2007), *Méthodes de recherche en management*, 3^{ème} éd. Dunod, Paris, p. 263-293.

Ducharme, F., Pérodeau, G., Paquet, M., Legault, A. et Trudeau, D. (2003). «Virage ambulatoire: Perceptions et attentes envers les services destinés aux aidants Familiaux de personnes âgées», p. 1-72.

Dunningan, L., et Lemay, L. (2005). «Portrait des facteurs organisationnels reliées à la Qualité dans les services Info-santé, CLSC 2004. Québec : Direction de l'évaluation, ministère de la santé et des services sociaux.

Duxbury, L. E., & Higgins, C. A. (1991). «Gender differences in work-family conflict». Journal of Applied Psychology, 76(1), 60-74.

Dychtwald, K. (1990). « The Age Wave », Training and Development Journal, p. 24-30.

Eisenhardt, K.-M. (1989). «Building Theories from Case Study Research», *The Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4. p. 532-550.

Elder G.H. (1998). The life course and human development. In R.M. Lerner (Ed.), Handbook of child psychology. Vol 1: Theoretical models of human development p. 939-991). New York: Wiley & Sons.

Elder, G. H., Jr., and Pavalko, E. K. (1993). «Work Careers in Men's Later Years: Transitions, Trajectories and Historical Change». *Journal of Gerontology: Social Sciences* 48: S180–S191.

Elder, G. H., et O'Rand, A. (1995). «Adult Lives in a Changing Society». In *Sociological Perspectives on Social Psychology*. Edited by K. S. Cook, G. A. Fine, and J. S. House. Needham Heights, Mass.: Allyn and Bacon, p. 452-475.

Enache, M., Sallan, J-M., Simo, P., Fernandez, V. (2011). «Career attitudes and subjective career success: tackling gender differences», *Gender in Management: An International Journal*, vol, 26 n° 3, p.234-250.

ENAP. (2006). «L'État québécois en perspective – politiques publiques» http://www.etatquebecois.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.0.7 Consulté le 13 décembre 2011

Erikson, E. (1963). Childhood and Society, 2e éd, New York: Norton & Company.

Falcoz, C. (2011). «Pour en finir avec les carrières sans frontière - Prolonger et dépasser le courant des 'boundaryless career' pour un programme renouvelé de recherche sur la gestion des carrières», 20 p. 22e Congrès AGRH - Association francophone de Gestion des Ressources Humaines, Marrakech, Maroc.

Feldman, C. et Bolino, C. (1996). «Careers within Careers: Reconceptualizing the Nature of Career Anchors an their Consequences». *Human Resource Management Review*, vol 6, n° 2, p. 89–112.

Finn, C,-P. (2001). «Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction» *International Journal of Nursing Studies*, 38, p. 349-357.

Frone, M.R., Russell, M. et Cooper, M.L. (1992). «Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface», *Journal of Applied Psychology*, vol. 77, no 1, p. 65-78.

Gallos, J.V. (1989). Exploring women's development: implications for career theory, practise and research, in: Arthur, M.B., Hall, D.T. et Lawrence, B.S., Handbook of Career Theory, New York, Cambridge University Press, p.110-132.

Gavard-Perret. M.-L, Gotteland, D. Haon, C. Jolibert, A. (2008). Méthodologie de la recherche: Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de la gestion. Pearson Education, p.383.

Gladu, F.-P. (2007). «La pénurie réelle ou ressentie des médecins de famille au Québec. Peux-t-on y remédier?» 3 p. http://www.cfp.ca/content/53/11/1871.full.pdf+html Consulté le 12 décembre 2011.

Glaser, B. G., & Strauss L. A. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldin Publishing Co.

Goode, William J. (1960). «A Theory of Role Strain», American Sociological Review, vol 25, n°4, p. 483-496.

Gouvernement du Québec. (2011). «Centre de santé et de services sociaux – RLS», 1 p. http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/ Consulté le 02 novembre 2011.

Gouvernement du Québec (2011). «Le point sur les transferts fédéraux, Budget 2011-2012», http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/20112012/fr/documents/TransfertsFederaux.pdf Consulté le 13 novembre 2011.

Gouvernement du Québec. (2011). «Discours sur le budget, Budget 2011-2012», 56 p.http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/20112012/fr/documents/DiscoursBudget.pd f Consulté le 13 novembre 2011.

Gouvernement du Québec. (2010). «Budget 2010-2011, Vers un système de santé plus performant et mieux financé,», 68 p. http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010/2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf Consulté le 13 novembre 2011.

Greenhaus J., Beutell N. (1985). «Sources of Conflict between Work and Family Roles», Academy of Management Review. vol 10, p. 76-88.

Grenier, S. (2010). «Analyse comparée des problèmes d'attraction et de rétention de la maind'œuvre dans les secteurs public et privé québécois de même que des pratiques de ressources humaines qui y sont implantées dans le but de contrer ces problèmes» Mémoire de maîtrise en relations industrielles, Laval.

Griller, D., et Denis, D. (2008). «Bâtir une industrie pharmaceutique : l'histoire du Québec».

95
p. http://www.secorgroup.com/files/pdf/books/batir_une_industrie_pharmaceutique.pdf
Consulté le 25 novembre 2011.

Guerin, G., et Wils, T. (1992). La gestion des ressources humaines : du modèle traditionnel au modèle renouvelé, Presses de l'Universite de Montreal.

Guerin, G., et Wils. T. (1992). «La carrière : Point de rencontre des besoins individuels et organisationnels», 24 p. https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/1870/1/A1.328%20WP%209202.pdf Consulté le 28 mars 2012

Guérin G., St-Onge S., Chevalier L., Denault K, Deschamps M. (1997). «Le conflit emploi famille : ses causes et ses conséquences : Résultats d'enquête», Montréal : Université de Montréal, École de relations industrielles, 23 p.

Guérin, G., St-Onge, S., Chevalier, L., Denault, K., et Deschamps, M. (1997). «Le conflit emploi-famille : ses causes et ses conséquences. Résultats d'enquête», université de Montréal, École de relations industrielles.

Guérin, G., St-Onge, S., Haines, V., Trottier, R., Simard, M. (1997). «Les pratiques d'aide à l'équilibre emploi-famille dans les organisations au Québec», *Relations industrielles*, vol. 52, n° 2, p. 274-301.

Guérin, G., Rhnima, A., et St Onge, S. (2000). «Le travail et la famille: L'équilibre est-il possible? » Effectif, vol.3, n°3, 1519.

Guérin, G. et Saba, T. (2002b). « Stratégie de maintien en emploi des cadres de 50 ans et plus? Une étude dans les services sociaux et de santé de Montréal », Rapport de recherche, École de relations industrielles, Université de Montréal.

Guérin, G., et Saba, T. (2003). «Efficacité des pratiques de maintien en emploi des cadres de 50 ans et plus», Département des relations industrielles de l'université Laval, vol 58, n° 4, p. 590-619.

Guerin, G., et Saba, T. (2004). «Planifier la relève dans un contexte de vieillissement de la main d'œuvre», Gestion, vol 29, n°3, p. 1-10.

Guillaume, J.-F. (2009). «Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles». *Information sociale*, n° 156, p.22-30.

Guillemard A.-M. (2003). «La nouvelle flexibilité temporelle du cours de vie ». In S. Cavalli, J.-P. Fragnière (Eds), *L'avenir*. *Attentes*, *projets*, *(des) illusions*, *ouvertures*, p. 27-42. Lausanne: Réalités sociales.

Haines, V. (1995). Contribution à l'analyse des coûts et des bénéfices des pratiques d'aide à la gestion de l'équilibre travail-famille, doctoral thesis, École de relations industrielles, Université de Montréal.

Hall, D.T. (1976). Careers in organizations. Goodyear Pacific Palisades, CA

Hall, D. T., et Goodale, J. G. (1986). Human resource management: strategy, design, and implementation. Scott, Foresman.

Hall, D. T., et Mirvis, P. H. (1996). «The new protean career: Psychological success and the path with a heart». D.T. Hall and Associates (eds.), The career is dead, long live the career: A relational approach to careers, p. 15-45. San Francisco: Jossey-Bass.

Hall, D. T. (1996). «Protean careers of 21 st century», The academy of management executive, vol.10, n°4, p. 8-16.

Hall D.T., Richter J. (1998). « Balancing Work Life and Home Life: What can organizations do to help? », *The Academy of Management Executive*, Aug 88, 2, 3, p. 213-222.

Hall, D. T., Gardner, W., et Baugh, S. G. (2008). «The questions we ask about authenticity and attainability: How do values and beliefs influence our career decisions»? Careers division theme session panel discussion presented at the Academy of Management, Anaheim, CA.

Harlow, E. (2002). «Gender, Parenting and Managerial Ambition in Social Work», *Journal of Social Work*. 2 (1): 65-82.

Hassenteufel, P., Delaye, S., Pierru, F., Robelet, M., Serre, M. (2001). « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens » Convergence européanisation et adaptations nationales, *Politique européenne*, n° 2, p. 29-48.

ICIS. (2000). «Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel» 90 p. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-222-x/82-222-x2000000-fra.pdf Consulté le 20 décembre 2011

ICIS. (2009). «Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie, Chapitre 3, Dépenses : montant, objet et bilan» p. 46-62 http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2009_Web_f_Ch3.pdf Consulté le 12 décembre 2011.

INSPQ. (2005). «La difficulté de concilier travail-famille: ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises» 32p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf consulté le 12 mars 2011.

ISQ. (2010). Annuaire québécois des statistiques du travail. Portrait des principaux indicateurs du marché du travail, 2001-2009, Vol. 6, n° 1.

IRSST. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), Études et recherches, Rapport 691, 986 p.http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf Consulté le 05 décembre 2011.

ISQ. (2009). «Panorama des régions du Québec» http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/regions/PDF/panorama2009.pdf. Consulté le 20 juin 2011.

Institut Vanier de la Famille. (2011). «La famille, le travail et le temps : garder la tête hors de l'eau» *Traits de familles*, n°36.

Jabes, J. (1980). «Attention! Les récompenses peuvent nuire à la motivation au travail» Gestion, Revue internationale de gestion, volume 5, numéro 1.

Kahn R. L., Wolfe D. M., Quinn R., Snoek J.D. et Rosenthal R.A. (1964). Organizational stress, New York: Wiley.

Kanter R. M. (1977). «Work and family in the United States»: A critical review and agenda for research and policy, New York Russel Sage Foundation.

Karasek, R., Theorell, T. (1990). Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life, New York: Basic Books, 398 p.

Katzell, R.A., Thompson, D.E. (1990). «An Integrative Model of Work Attitudes, Motivation, and Performance», *Human Performance*, vol. 3, no 2, p. 63-85.

Kets de Vries, M., et Miller, P. (1985). L'entreprise névrosée. McGraw-Hill, Stratégie et Organisation, Paris.

Kirchmeyer, C. (1995). «Managing the work-nonwork boundary: An assessment of organizational responses». *Human Relations*, vol, 48, p. 515-536.

Kossek, E.E., & Ozeki, C. (1998). «Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior-human resources research», *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 139–149.

Kuhn T. (1962). The Structure of Scientific Revolutions, University of Chicago Press.

Lacoursière, A. (2010). «L'université Laval suspend les admissions à un de ses programmes». http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201011/24/01-4346058-luniversite-laval-suspend-les-admissions-a-un-de-ses-programmes.php Consulté le 20 novembre 2011.

Lacoursière, A. (2011). «Malgré des effectifs records, la pénurie de médecins perdure» La Presse, http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201102/08/01-4368346-malgre-des-effectifs-records-la-penurie-de-medecins-perdure.php Consulté le 11 décembre 2011.

Lalive D'Epinay C. (1994). « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle ». In G. Heller (Ed.), Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande, p. 127-150, Lausanne : SHSR et Editions d'en bas.

Lalive d'Épinay, C., et Cavalli, S. (2007). «Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie» Gérontologie et Société, n° 121, p. 45-60.

Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F.-B. et Rivard, L. (2000). «La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier». *Nouvelles pratiques sociales*, vol 13, n°2, p.164-180.

Lapointe, M., Yake, M., Duff, H., Laurin, B., Pacquet-Poirier, S., Provençal, D., Racine, J.-p., Ranger, C., et Renaud, E. (2003). «L'économie du Québec et de ses régions, analyse des tendances». Développement économique Canada pour les régions du Québec. 85 p. http://classiques.uqac.ca/desintegration/DRHC_devel_econo_canada/Econo_Qc_et_regions_2003.pdf. Consulté le 25 juin 2011.

Lavoie. J.-P., Clément. S. (2002). «L'aide aux personnes âgées fragilisées en France et au Québec : le degré d'implication des familles Serge Clément : Dossier Vieillissement et dépendance, La dépendance, les systèmes d'aide informels».

Leca, B, et Plé, L. (2007). «Une épistémologie à hauteur d'homme : l'anthropologie interprétative de Clifford Geertz et son apport à la recherche en management», Nottingham University Business School, UK, IÉSEG School of Management, CNRS-LEM.

Le Devoir (2010). «Le projet de loi 100 adopté sous le bâillon». http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2010/06/11/001-Quebec_Ass_nat_fin_session.shtml Consulté le 13 novembre 2011.

Lee, K., Carswell, J. J., & Allen, N. J. (2000). «A meta-analytic review of occupational commitment: Relations with person and work-related variables», *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 799–811.

Lemay, E.-Y. (2010). «L'attente moyenne atteint 17,5 heures». Le journal de Québec. http://lejournaldequebec.canoe.ca/actualites/sante/archives/2010/01/20100126-203510.html consulté le 05 décembre 2011.

Le Moigne J.-L. (1995). Les Epistémologies constructivistes, 1ère édit. ; 2007, 2nde éd. ; Paris, Que Sais-Je?

Lero, S.-D, Richardson, J. Korabik, K. (2009). «Examen des coûts et des avantages des pratiques de conciliation travail-vie», Présenté à l'Association canadienne des administrateurs de la législation ouvrière (ACALO).

Lévy-Leboyer, C., Louche, C., et Rolland, J.-P. (2006). Les apports de la psychologie au travail. Tome 2, Management des Organisations, Éd d'Organisation, 496 p.

Lheureux, F. (2010). «Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie», *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol 16, n°4, p. 312-325.

Lincoln, Y. - S., et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.

Locke, E.A., Latham, G.P. (1990). A Theory of Goal Setting and Task Performance, Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Mainiero, L.A. et Sullivan, S.E. (2005). «Kaleidoscope careers: An alternate explanation for the "opt-out" revolution», *Academy of Management Executive*, vol.19, n°1, p.106-123.

Marbot, É. (2005). « La place des séniors dans l'entreprise : une comparaison internationale», Les notes de Benchmarking international. Institut de l'entreprise.

Marbot, É. (2007). «La gestion des âges et l'équité entre les générations, Étude de terrain auprès des vendeurs juniors et seniors d'une enseigne de la grande distribution », Retraite et société, p.104 à 128.

Marshall, K. (2006). «Convergence des rôles des sexes», Étude spéciale, L'observateur d'économie canadien http://www.statcan.gc.ca/pub/11-010-x/00806/9290-fra.htm Consulté le 12 octobre 2010.

Massé, R., et Morisset, J. (2008). «Enjeux et défis en santé publique». Santé, Société et Solidarité n° 2, p. 83-90.

Martin, B., Lenhardt, V., et Jarrosson, B. (1996). Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants, Paris, Insep Éditions, 165 p.

Martineau Y., Wils T., Tremblay M. (2005). « La multiplicité des ancres de carrière chez les ingénieurs québécois : impacts sur les cheminements et le succès de carrière», *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 60, n°3, p. 455-482.

Mathieu, J.- E. et D.- M. Zajac. (1990). «A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates, and Consequences of Organizational Commitment». *Psychological Bulletin*, 108 (2), 171–197.

Méda, D. (2001). Le temps des femmes : Pour un nouveau partage des rôles. Paris : Flammarion

Mercier, J. (2011). «Méthode Toyota au bloc opératoire», La Presse.ca http://www.cyberpresse.ca/le-droit/actualites/ville-de-gatineau/201104/04/01-4386454-methode-toyota-au-bloc-operatoire.php Consulté le 06 décembre 2011.

Mercure D., Bourgeois, R.- P., et Wils, T. (1991). «Analyse critique d'une typologie des choix de carrière», Relations industrielles/Industrial Relations, vol 46, n° 1, p.120-140.

Merriam, S.-B. (1988). Case study in education: A qualitative approach. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.

Meyer, J.-P., Herscovitch, L. (2001). «Commitment in the workplace: Toward a general model». *Human Resource Management Review* 11, p. 299–326.

Meyer, J,-P., D,-J. Stanley, L, Herscovitch et L, Topolnytsky. (2002). «Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences». *Journal of Vocational Behavior*, 6 (1), 20–52.

Miles, M.-B., et Huberman, A.-M. (2003). Analyse des données qualitatives, 2èm éd. Paris : De Boeck.

Miles, R. et Snow, C. (1996). «Twenty-First-Cetury Careers», in Arthur, M. B., et Rousseau, D. M. (eds.), *The Boundaryless Career*, New York, Oxford University Press.

Ministère de la Famille et de l'Enfance. (2003b). «Le travail atypique des parents et la garde des enfants : description du phénomène et recension des expériences étrangères de garde à horaires non usuels», Québec, Gouvernement du Québec. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/SF trav atypique et garde enf.pdf Consulte le 10 octobre 2010

Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). «Centre de santé et de services sociaux, RLS» http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/ Consulté le 10 décembre 2011.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2009). Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec. Santé et services sociaux Québec, Gouvernement du Québec, 181p. http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-731-01F.pdf Consulté le 02 novembre 2011.

Mirvis, P.H., et D.T. Hall. (1996). «Psychological success and the boundaryless career», in *The boundaryless career: a new employment principle for a new organizational era*, (sous la dir. de) M.B. Arthur; D. Rousseau, New York, Oxford university press, p.237-255.

Mobley, W. H., Horner, S., et Hollingsworth, A. (1978). «An evaluation of precursors of hospital employee turnover», *Journal of Applied Psychology, vol 63, p.* 408-414.

Mobley, W. H., Griffeth, R. W., Hand, H. H., et Meglino, B. M. (1979). «Review and conceptual analysis of the employee turnover process», *Psychological Bulletin*, vol 86, p.493-522.

Morin, D., (2009) «Les enjeux en ressources humaines» Vision, vol 1, n°3 http://www.esg.uqam.ca/vision/2009/janvier/rech_denismorin.php Consulté le 10 novembre 2010

Morse, D. W. (1968). «The Peripheral Worker in the Affluent Society», Monthly Labor Review, 91, (2).

Netemeyer, R. G., Boles, J. S., et McMurrian, R. (1996). «Development and validation of workfamily conflict and family-work conflict scales», *Journal of Applied Psychology*, 81, 400–410.

Ng, T., et Feldman, D. (2007). «Organizational embeddedness and occupational embeddedness across career stages«. *Journal of Vocational Behavior*, 70, p. 336-351.

Nicole-Drancourt, C. (1994). «Mesurer l'insertion professionnelle». Revue française de sociologie, n°35, p. 37-68.

Opdenakker, R. (2006). «Avantages et inconvénients de quatre techniques d'entrevue en recherche qualitative». vol 7, n°4, FQS, Forum Qualitative Social Research.

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (2005). Vieillissement et politiques de l'emploi, Paris, OCDE.

Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (2010). «Chapitre 3, Relever les défis de la réforme du système de santé », Études économiques de l'OCDE, n° 14, p. 117-177.

Oris, M., Wimer, E., Ritchard, G., Müller, , N.-S., Gabadinho, A., Gauthier, J.-A, Studer M. (2009). *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*, éd. PPUR, Université de Genève et Lausanne, Suisse, p 253-272.

Orthner D.K, Pittman J.F. (1986). «Family contributions to work commitment», *Journal of Marriage and Family*, 48, 3, p. 573-581.

OIIQ. (2009). «Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer. Bilan et perspectives de pérennité», 66p.http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/IPS_Memoire.pdf Consulté le 22 novembre 2011.

OIIQ. (2010). «Rapport statistique sur l'effectif infirmier - 2009-2010, le Québec et ses régions. 176 p. http://www.oiiq.org/sites/default/files/effectif_infirmier_2009-2010.pdf Consulté le 12 décembre 2011.

Pacaut, P., Gourde-Vachon, I., et Tremblay, S. (2011). «Les pères du Québec ; Les soins et l'éducation de leurs jeunes enfants. Évolution et données récentes», *Famille et Aînés Québec*, 43 p. http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/les-Peres-du-Qc.pdf, consulté le 16 août 2011

Paillassard, F., et Castro, L. (2010). L'approche Lean un outil préalable et indispensable à l'efficacité opérationnelle des systèmes hospitaliers : Le cas des services d'urgence, EPHOS - Équipe de la Planification Hospitalière, Division des Partenariats Stratégiques-Genivar, 11 p.http://giseh2010.isima.fr/papiers/%5B065%5D.pdf Consulté le 05 décembre 2011.

Paillé, P. 2003. La fidélisation des ressources humaines, Paris, Economica

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris, Armand Colin.

Pailhé, A et Solaz, A. (2010). « Concilier, organiser, renoncer : quel genre d'arrangements ? », Travail, genre et sociétés, n° 24, p. 29-46.

Pavalko, E. (2002). «Life course» <u>Encyclopedia of Aging</u>. <u>http://www.encyclopedia.com</u>>. Consulté le 11 avril 2012.

Pépin, R. (1993). «Motivation au travail: des approches globales» Gestion, p. 29-37.

Piaget, J. (1967). Logique et Connaissance Scientifiques Paris, Gallimard

Pichonnaz, L. (2011). « La difficile reconnaissance des compétences des ambulanciers : entre care, cure et force physique », *Travailler*, n° 26, p. 17-33.

Pourtois, J.-P., et Desmet, H. (1997). Épistémologie et instrumentation en sciences humaines (2e éd.). Sprimont : Mardaga Éditeur.

Powell, G.-N. et Mainiero, L.-A. (1992). «Cross-Currents in the River of Time: Conceptualizing the Complexities of Women's Careers», *Journal of Management*, vol, 18, n° 2, p. 215-237.

Prévost, J., et Messing, K. (2001). «Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales », Le travail humain, vol 64, p. 119-143.

Queneville, A., Clavet. M., et Dubé, F. (2008). «L'évolution récente du système de santé et de services sociaux : étapes et enjeux», Santé, Société et Solidarité, n°2, p. 53-60.

Renaud, M. (1977). «Réformes ou illusions, une analyse des intervention de l'État dans le domaine de la santé», *Sociologie et Société*, Vol. 9, n° 1, p. 127-152. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Reynolds, L. G. (1951). «The Structure of Labor Markets: Wages and Labor Mobility», in *Theory and Practice*, New York, Harper, 328 p.

Rioux-Souci, L.-M. (2011). «Gouvernance du réseau de la santé - Les établissements craignent la tutelle - Le projet de loi 127 soulève un tollé partout au Québec», Le Devoir. http://www.ledevoir.com/societe/sante/318721/gouvernance-du-reseau-de-la-sante-les-etablissements-craignent-la-tutelle Consulté le 05 décembre 2011.

Rondeau, A. (1987). «La motivation au travail : Où en sommes-nous?», Rapport de recherche, Montréal, École des Hautes Études Commerciales.

Rosen, B. et Jerdee, T. (1986). « Retirement Policies for the 21 st Century », Human Resource Management, 25(3), 405-420.

Rosenbaum, J. L. (1979). «Tournament mobility: Career patterns in a corporation», Administrative Science Quarterly, n° 24, p. 221-241.

Saba, T. et G. Guérin. (2002). «La gestion des cadres au lendemain des départs massifs à la retraite : le cas du secteur de la santé et des services sociaux», dans La gestion des âges, face à face avec un nouveau profil de main d'œuvre, Département des relations industrielles, Les Presses de l'Université Laval.

Saba, T. & Guérin, G. (2004). «Planifier la relève dans un contexte de vieillissement de la main-d'œuvre», Gestion, n° 29, p. 54-63.

Samson, C. (2008). «L'exode des infirmières au privé motivées par la flexibilité des horaires », 12 mars 2008, http://www.cyberpresse.ca/article/20080312/CPSOLEIL/80312197/6787/CPSOLEIL.

Schein, E. (1978). Career dynamics: matching individual and organizational needs. Addison-Wesley Pub. Co.

Schein E. H. (1996), « Career Anchors Revisited: Implications for Career Development in the 21st Century », *The Academy of Management Executive*, vol. 10, n° 4, p. 80-88.

Smith, C.-A. (1995). «Human Resource Practices and Policies as Antecedents of Organizational Commitment», Thèse de doctorat, Western University, 175p.

Spilerman, S. (1977). «Careers, Labor Market Structure, and Socioeconomic Achievement», *American Journal of Sociology*, 83(3), 55 1-593.

Siegrist, J. (1996). «Adverse health effects of high effort/low-reward conditions». *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 27-41.

Simard, M. (2006). «Le vieillissement de la population au Québec: une synthèse des connaissances enjeux et défis pour l'espace rural québécois», Rapport n° 4 présenté dans le cadre de l'Action concertée de recherche sur le développement des communautés rurales: concepts, pratiques et retombées pour le Québec» du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.

Smart, R., et Peterson, C. (1997). «Super's Career Stages and the Decision to Change Careers». *Journal of Vocational Behavior*, vol, 51 n°3, p. 358-374.

Soares, A. (2010). «La qualité de vie chez les membres de l'APTS, LA CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-nord La santé malade de la gestion», 33 p. http://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS http://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapports%20de%20recherche/Rapport_CSSS https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapport_SM20de%20recherche/Rapport_CSSS <a href="https://www.angelosoares.uqam.ca/upload/files/Rapport_SM20de%20recherche/Rapport_SM20de

Statistiques Canada. (2010). «Les absences du travail en 2010» http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2011002/article/11452-fra.htm consulté le 07 juillet 2011.

Stepanski, K.-M. (2003). «Work-family Conflict Théories: Integration and Model Development», thèse de doctorat, Wayne State University, Detroit, Mich. Dissertation Abstracts International, vol, 63, 5559.

Stephens, G. K., et Sommer, S. M. (1996). «The measurement of work to family conflict». *Educational and Psychological Measurement*, 56, n°3, 475-486.

St-Onge, S., Guérin, G., Trottier, R., Haines, V., et Simard, M. (1994). «L'équilibre travail-famille: Un nouveau défi pour les organisations». *Gestion*, 19, n°2, 64-73.

St Onge, S., Renaud, S., Gilles Guérin, G., et Caussignac, E. (2002). «Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit travail-famille », Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 57, n° 3, p. 491-516.

St Onge, S. Haines, V.-Y. Aubin, I. Rousseau, C. et Lagassé, G. (2005). «Pour une meilleure reconnaissance des contributions au travail» *Gestion*, vol.30, n°2, p. 89-101.

Strasbourg, D. (2010). «Le Canada investit 500 millions \$ dans les dossiers de santé électroniques principalement à l'intention des médecins et du personnel infirmier», Inforoute

santé du canada <u>https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-infoway/news/news-releases/637 Consulté le 12 décembre 2011.</u>

Sullivan, S-E. (1999). «The Changing Nature of Careers»: A Review and Research», *Journal of Management*, vol, 25, n° 3, 457-484.

Sullivan, S-E. et Baruch, Y. (2009). «Advances in Career Theory and Research: A Critical Review and Agenda for Future Exploration», *Journal of Management*, vol. 35 n° 6, p. 1542-1571.

Sullivan, S.-E et Mainiero, L. (2007). «Women's Kaleidoscope Careers: A New Framework for Examining Women's Stress Across the Lifespan», in Pamela L. Perrewé, Daniel C. Ganster (ed.) Exploring the Work and Non-Work Interface (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 6), Emerald Group Publishing Limited, p.205-238.

Super, D. E. (1957). The psychology of careers. New York: John Wiley.

Super, D. E. (1980). «A life-span, life-space approach to career development», Journal of Vocational Behavior, 16, 282–298.

Super, D. E. (1984). «Career and life development». D. Brown, L. Brooks, et Associates (Eds.), Career choice and development: Applying contemporary theories to practice Jossey-Bass., p. 192-234, San Francisco.

Super, D. E. (1990). «A life-span, life-space approach to career development». In D. Brown & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development*, 2nd ed., p. 197–261, San Francisco: Jossey-Bass.

Taskin, L. et Tremblay, D.-G. (2010). «Comment gérer les télétravailleurs?», Revue Gestion. Numéro spécial sur le télétravail, vol. 35, no 1. p. 88-96.

Tézé, D. (2008). Réagir face à une crise de carrière, Transformer licenciements, stagnations et autres «trous d'air en opportunités de vie», Efficacité professionnelle, Dunod.

Théry, L. (2010). «Toyota rappels à la pelle» Santé & Travail n° 71.

Tremblay. D.-G. (2001a). «Le télétravail : les avantages et inconvénients pour les individus et les défis de gestion des ressources humaines». Revue de gestion des ressources humaines. Paris, p. 1-14.

Tremblay, D.-G. (2001b). «Le télétravail : les différentes définitions. et L'ampleur du télétravail dans divers pays». (chapitre 2 et 3) Dans Cefrio (2001). Le télétravail. Montréal : IQ éditeur.

Tremblay, D.-G. (2003a). Telework: «A New Mode of Gendered Segmentation? Results from a study in Canada», *Canadian Journal of Communication*, vol. 28, n° 4. p.461-478.

Tremblay, D.-G. (2003b). «Nouvelles carrières nomades et défis du marché du travail : une étude dans le secteur du multimédia». *Revue de carriérologie*. Vol. 9, no 1-2, Québec : PUQ. Pp. 255-280.

Tremblay, D.-G. (2003c). «Articulation emploi-famille: Comment les pères voient-ils les choses?» *Politiques sociales*, 63, 70-86.

Tremblay, D.-G. (2003d). «La difficile articulation des temps sociaux : concilier la vie personnelle et la vie professionnelle». *Interventions économiques*, 31 p.

Tremblay, D.-G. (2004a). Économie du travail : les réalités et les approches théoriques, 4ème édition, Télé-Université Québec Canada. 484 p.

Tremblay, D.-G. (2004b). «Articulation emploi-famille et temps de travail : les usages différenciés du temps chez les pères et les mères», Nouvelles Pratiques sociales, vol. 16, n° 1, p. 76-93.

Tremblay, D.-G. (2005). «Conciliation emploi-famille et temps de travail : Que faire pour faciliter la gestion de carrière des mères et des pères ?», Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling, vol. 39, n°3 Télé-université de l'Université du Québec.

Tremblay, D.-G. (2007). D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux, Presses de l'Université du Québec. 279 p.

Tremblay, D.-G. (2008). Conciliation emploi-famille et temps sociaux. 2^e édition, Québec: Presses de l'Université du Québec (avec Octares-Toulouse en 2004.) 367 p.

Tremblay D.-G. (2011). «De la conciliation-emploi-famille à l'articulation des temps sociaux tout au long de la vie» La revue développement social, vol. 12, n°1, 52 p.

Tremblay, D.-G. (2012). Conciliation emploi-famille et temps sociaux. 3^e édition, Québec: Presses de l'Université du Québec (avec Octares-Toulouse en 2004. 367 p.

Tremblay, D.-G, et De Sève, M.-K. (2005). «La conciliation emploi-famille et le temps de travail : analyse de cas dans les secteurs de l'éduction de la santé et des services sociaux» Rapport publié comme note de recherche n° 2005-04 de la Chaire de recherche sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir.

Tremblay, D.-G., Najem, E., et Paquet, R. (2007). Temps de travail et organisation du travail : une source de stress et de difficultés de conciliation emploi-famille? *Pistes*, vol, 9, 21p.

Tremblay, D.-G. et Najem. E. (2010). «L'incidence des pratiques de conciliation travail – famille dans les milieux de travail canadiens : les milieux syndiqués sont- ils mieux pourvus et la situation s'améliore-t-elle ?», *Interventions économiques*, n° 41.

Tremblay, D.-G., et Larivière, M. (2010). «L'articulation emploi-famille dans le secteur infirmier au Québec. Une conciliation possible ?« Éthique publique. vol. 11, no 2. No spécial sur le travail en crise. Éditions Liber. p. 43-50.

Tremblay, D.-G., Larivière, M., et Chamahian, A. (2011). «Les parcours professionnels des infirmières au Québec : quelques éléments de compréhension du rapport au travail, de la conciliation emploi-famille et des choix de fin de carrière», ARUC-GATS, Téluq Uqam, note de recherche n° 15.

Tremblay, D.-G., et Rolland, D. (2011). Gestion des ressources humaines : typologies et comparaisons internationales. Nouvelle édition, Presses de l'Université du Québec, 350 p.

Tremblay, M., Chênevert, D., et Hébert, A. (2009). «La flexibilité des conditions de travail des agences de placement infirmier: de la grande séduction vers la loyauté organisationnelle». École des hautes études commerciales de Montréal, 23 p.

Tremblay, M., Guay, P., et Simard G. (2000). «L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : L'influence des pratiques de gestion des ressources humaines» Centre Interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), 29p.

Tsui, A.S., Pearce, J.L., Porter, L.W., Hite, J.P. (1995). «Choice of Employee-OrganizationRelationship: Influence of External and Internal Organizational Factors,» in G.R Ferris (ed.) Research In Personnel and Human Resource Management, Greenwich, C.T: JAI Press, p. 117-151.

Tsui A.-S, Pearce, J.L., Porter, L.W, Tripoli, A.-M. (1997). «Alternative approaches to the employee-organization relationship: Does investment in employees pay off?", *Academy of Management Journal*, vol 40, n°5, p.1089-1121.

Turcotte-Synnett, M.-C. (2009). «L'implantation d'un programme de reconnaissance non monétaire à l'urgence du CHUL» ARUC Document de recherche, sous la direction d'Alain Vinet (U.L) et de Gilles LEBEAU (CHUL).

Turgeon,. et al. (2011). « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé, n°30, p. 57-85.

Tzeng, H-M., et Ketefian, S. (2002). «The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: An exploratory study in a Taiwan teaching hospital». *Journal of Nursing Care Quality*, vol 16, n°2, p. 39-49.

Uriarte-Landa, J. et Hébert, B.-P. (2009). «La conciliation travail-vie personnelle des travailleurs âgés«, L'emploi et le revenu en perspective, Statistique Canada, Vol 10, n°10, p.19-32.

Vallée, G. (2007). « La gestion de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre au sein de la fonction publique québécoise », Document de recherche réalisé pour l'*ARUC*, innovations, travail et emploi, document no 2007-004.

Vandenberghe, C. (2004). «Conserver ses employés productif: nature du problème et stratégies d'intervention», *Gestion*, vol. 29, no. 3, p. 64-72.

Vandenberghe, C. (2005). «L'engagement organisationnel dans le secteur public : quelques déterminants essentiels» Chaire de recherche du Canada en gestion de l'engagement et du rendement des employés.

Van Maanen, J. et Schein, E.-H. (1977). «Career development», in Hackman J.R. et Suttle J. L., Improving Life at Work: Behavioral Science *Approaches to organizational Change*, Santa Monica, Californie, *Goodyear Publishing Company*, p.30-95.

Vittecoq, O. (2008). «Les systèmes de santé : quatre modèles» Institut Polanyi, France. http://www.institutpolanyi.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=227:les-systemes-de-sante-quatre-modeles&catid=42:textes-a-lappui&Itemid=60 Consulté le 13 décembre 2011.

Von Bonsdorff, M-E. (2009). «Intentions of early retirement and continuing to work among Middle-age and Older Employees, University of Jyväskylä», *Jyväskylä Studies In Business and Economic,s* n° 83, 89p.

Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Economica

Wang, M et Shultz, K. S. (2010). «Employee Retirement: A Review and Recommendations for Future Investigation», *Journal of Management*, vol, 36 n° 1, 172-206.

Weber, M. (1965). Essais sur la théorie de la science, Paris, Plon, Traduit de Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tubingen, Mohr, 1922. 539 p.

Weick, K. (1976). «Career as exentric predicates», Exécutive, Winter, p.6-10.

Weisman C. S., Alexander C. S., Chase G.A. (1980). «Job satisfaction among hospital nurses: a longitudinal study», *Health Services Review*, vol. 15, p. 341-364.

Williams, C. P., & Savickas, M. L. (1990). «Development tasks of career maintenance». Journal of Vocational Behavior, 36, 166-175.

Wils, T., Labelle, C., Guérin, G. et M. Tremblay. (1998). « Qu'est-ce que la "mobilisation" des employés? Le point de vue des professionnels en ressources humaines », *Gestion*, vol 23 n°2, p. 30-39.

Wils, T., et Labelle, C. (2004). «Faut-il se soucier de ses professionnels pour les mobiliser? Une réanalyse de données ». Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 59, n° 4, p. 705-723.

Yin, R. (1984). Case study research: Design and methods (1st ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing..