



L'impact de la participation aux processus décisionnels
sur la santé et le bien-être au travail :
recherche mixte avec des travailleuses de l'aide et des
soins à domicile dans un contexte d'*Ageing in place*

Thèse présentée par Rachida BENSLIMAN

en vue de l'obtention du grade académique de Doctorat en Sciences
de la santé publique
Année académique 2023-2024

Sous la direction de la Professeure Céline MAHIEU, promotrice - ULB
et de la Professeure Annalisa CASINI, co-promotrice - UCLouvain

Centre de recherche Approches sociales de la santé - CRISS
Ecole de Santé Publique
Université Libre de Bruxelles

Membres du Jury de thèse

Direction académique et scientifique

Promotrice

Prof. Céline Mahieu

CRISS - Centre de recherche Approches sociales de la santé

Ecole de Santé Publique

Université Libre de Bruxelles

Co-promotrice

Prof. Annalisa Casini

IPSY - Institut de Recherche en sciences psychologiques

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation

Université Catholique de Louvain

Comité du Jury de thèse

Présidente du Comité d'accompagnement et du Jury

Prof. Catherine Bouland

Présidente de l'Ecole de Santé Publique

Centre de recherche en santé environnementale et santé au travail

Université Libre de Bruxelles

Membre du Comité d'accompagnement et secrétaire du Jury

Prof. Aline Bingen

Centre Metices & Centre TRANSFO

Faculté de Philosophie et Sciences sociales

Université Libre de Bruxelles

Membre du Comité d'accompagnement et du Jury

Prof. Florence Degavre

CIRTES - Centre interdisciplinaire de recherche Travail – Etat – Société

Faculté des Sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Université Catholique de Louvain

Membres extérieurs du Jury

Prof. Damien Vanneste

Unité de recherche HADéPaS

Faculté des Sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Université Catholique de Lille

Prof. Stephan Van den Broucke

IPSY - Institut de Recherche en sciences psychologiques

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation

Université Catholique de Louvain

Remerciements

La thèse de doctorat est un processus de recherche complexe, profusément long mais d'une richesse inouïe. Sa réalisation et son aboutissement sont le fruit d'un effort constant, d'un apprentissage continu et d'une détermination rendus possibles grâce à la direction académique et scientifique de ma promotrice de thèse, Professeure Céline Mahieu et de ma co-promotrice, Professeure Annalisa Casini, dont la complémentarité et la synergie ont constitué une force indéniable pour ce travail doctoral.

A cet égard, j'adresse mes plus vifs remerciements à la Professeure Céline Mahieu, pour sa supervision de grande qualité, teintée d'une humanité exemplaire, pour sa perspicacité et sa pertinence déconcertante lors de nos innombrables discussions scientifiques, pour la généreuse transmission de son savoir et l'éveil au sens critique, et pour son soutien indéfectible à travers les vicissitudes de mon parcours de thèse.

J'adresse également mes remerciements les plus sincères à la Professeure Annalisa Casini, pour m'avoir ouvert les portes de la recherche interdisciplinaire WISDOM et la voie vers cette thèse, pour son encadrement rigoureux et encapacitant, pour ses recommandations incisives et « straight to the point », et pour nos échanges humains et scientifiques vivaces et stimulants qui m'inspireront encore de façon durable.

Mes remerciements les plus respectueux sont adressés à la Professeure Catherine Bouland, Présidente de mon comité d'accompagnement de thèse, pour ses recommandations durant tout le processus, son soutien et ses précieux conseils structurant les jalons de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement la Professeure Florence Degavre, membre du comité d'accompagnement de thèse, mais également coordinatrice de la recherche WISDOM, auprès de qui j'ai eu l'immense privilège de travailler durant plusieurs années. Un grand merci pour cette collaboration inoubliable, pour la richesse de notre travail interuniversitaire et pour l'excellente dynamique d'équipe stimulée par nos nombreux débats scientifiques et épistémologiques et ce, dans une ambiance joviale et constructive.

Je tiens également à adresser mes profonds remerciements à la Professeure Aline Bingen, membre de mon comité d'accompagnement, pour sa contribution substantielle aux réflexions autour de ma problématique de recherche, ses précieuses suggestions et ses éclairages alliant la vision scientifique et la réalité de terrain.

J'adresse mes remerciements sincères au Professeur Damien Vanneste ainsi qu'au Professeur Stephan Van den Broucke, membres extérieurs de mon Jury de thèse, pour le temps consacré à lecture attentive et critique de ma thèse et son évaluation.

Je remercie également toute l'équipe interuniversitaire de la recherche WISDOM, ainsi que les partenaires de la recherche, les fédérations et confédération d'employeurs, les acteurs des organisations du champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile, et tout particulièrement les travailleuses du care et les membres du personnel et les directions des 14 organisations qui ont accepté de participer à cette vaste étude et de déployer le dispositif méthodologique original de la thèse, avec confiance et enthousiasme.

Je tiens à remercier également la Professeure émérite Danielle Piette, qui a éveillé en moi la passion de la recherche durant mon master en Sciences de la santé publique et qui m'a stimulée à présenter ma première communication orale sur mon mémoire de fin d'études en conférence internationale avant même d'entamer la thèse. Merci Chère Danielle, pour ta confiance, pour tout le savoir transmis et pour les perspectives dans le monde de la promotion de la santé qui se sont déployées grâce à toi.

Je remercie également très chaleureusement l'ensemble de mes collègues enseignants, chercheurs et collaborateurs scientifiques et administratifs de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB en particulier du Centre de recherche CRISS, de l'Equity Health Lab, de la Faculté de Médecine de l'ULB, du Département de Médecine Générale et son Centre de recherche URSP, de la Cellule TFE et de la CoP TFE, des bibliothèques de l'ULB et son équipe formidable de Sherpas, du Centre de recherche CIRTES de l'Université Catholique de Louvain, du Centre de recherche Belgian Ageing Studies de la Vrije Universiteit Brussel, des collaborateurs des projets de recherche partenariale (Diver-City Vill-Age 360° ; Unis-Vers Diogène) et mes anciens collègues en promotion de la santé des asbl Les Pissenlits et Forest Quartiers Santé. Je vous remercie autant que vous êtes, pour les très belles relations professionnelles et humaines que j'ai pu tissées avec vous, les synergies et dynamiques créées entre nous, les débats enrichissants et les réflexions intarissables stimulées par un environnement académique et scientifique foisonnant.

Je remercie cordialement et affectueusement les membres de ma belle et précieuse famille, mon entourage et mes amies proches, ainsi que ma grande famille 'Collier de perles' et celle du 'Sentier des itinérants' qui ont constitué un bassin de ressources inestimable auprès de qui j'ai puisée l'énergie nécessaire pour maintenir le cap et finaliser ma thèse.

Enfin, j'adresse mes profonds remerciements, empreints d'émotions à Younes, mon cher époux, Mohammed, Othman et Selmen, mes trois tendres enfants, et ma douce maman, qui ont vécu ce parcours de thèse de très près, m'encourageant de tout leur être, jusqu'à son terme. Depuis les premières réunions de réflexion sur la thèse, aux derniers mois à rédiger ce manuscrit, en passant par les haltes en conférences à l'étranger, les clics de leur index sur le bouton « Submit » lors de la soumission d'un article scientifique, et leur expression devenue emblématique « Oumi, tu as fini ton article ? », ils ont été présents, ont sacrifié de leur temps, m'offrant sans faille leur amour et leur soutien bienveillant. Un profond merci à eux jaillissant du tréfond de mon cœur.

Dans l'espoir que cette thèse de doctorat puisse constituer une pierre à l'édifice aux connaissances scientifiques en santé publique sur la santé au travail et une contribution significative pour améliorer les conditions de travail dans le champ d'activités du care, les services d'aide et de soins à domicile des personnes âgées et tout autre service soucieux d'offrir une qualité de vie meilleure et digne à toutes les personnes qui composent notre société.

Rachida Bensliman
5 octobre 2023

Résumé

Dans le contexte socio-politique belge pressant d'*Ageing in place*, les innovations qui émergent en réponse à l'évolution rapide des demandes et besoins de *care* des personnes âgées, offrent l'occasion d'étudier les transformations des conditions et d'organisation de travail du champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, ainsi que l'état de santé et de bien-être des travailleuses du *care*. Dans des services où le pouvoir décisionnel est généralement concentré vers le sommet des organisations, la place de la participation directe des travailleuses aux processus décisionnels concernant leur travail constitue un enjeu qui peut avoir un impact tant sur leur santé et leur bien-être, que sur leur engagement sur le terrain et la qualité des services du *care*.

L'objectif global de la thèse est d'analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile des personnes âgées, dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

La thèse s'inscrit dans une recherche interdisciplinaire, partenariale et interuniversitaire, appelée WISDOM, réalisée principalement en région Wallonne, et possède la particularité de bénéficier d'un ancrage sur le terrain avec les acteurs concernés par le vaste champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, ayant développé des innovations sociales pour l'*Ageing in place* (le vieillissement chez soi).

La finalité de la thèse est d'enrichir la littérature scientifique en santé publique sur les plans scientifique, pratique et politique. En effet, il s'agit de documenter un champ d'activités insuffisamment étudié pour ses enjeux de santé au travail et de participation en produisant une contribution scientifique par rapport aux modèles théoriques existants sur lesquels nous nous appuyons, à savoir, les modèles *Job Demand-Control-Support* et *Job Demand-Resource*, dans le cadre d'une approche de promotion de la santé au travail.

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons réalisé trois études empiriques successives en exploitant une méthodologie fondée sur une recherche par méthodes mixtes [qualitative et quantitative] et participatives. Sur base d'un terrain d'étude élargi constitué de 42 innovations sociales favorisant l'*Ageing in place*, issu de la recherche WISDOM, nous avons réalisé une étude qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop auprès d'experts du champ d'activités du *care* à domicile des personnes âgées (Etude 1) ; une analyse de deux cas d'étude par recherche participative employant la méthode d'analyse en groupe avec des travailleuses du *care* au sein de deux organisations offrant des services d'aide et de soins à domicile ainsi qu'une triangulation méthodologique et de participants (Etude

2); et enfin, une étude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré sur un échantillon de 1134 travailleurs et travailleuses émanant de dix organisations dans le champ d'activités du *care* à domicile et des services d'aide et de soins à domicile en Wallonie et à Bruxelles (Etude 3).

Les résultats transversaux de notre recherche ont révélé une exacerbation des conditions de travail difficiles dans les services d'aide et de soins à domicile en raison d'une intensification de l'organisation de travail (charge et rythme de travail). Ceci est généré par un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place* à travers lequel les organisations doivent répondre à un impératif normatif de satisfaction des demandes croissantes de *care* des personnes âgées et de leurs aidants proches. Ces conditions de travail ont impacté négativement la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, la qualité humaine de la relation de *care* avec les personnes âgées ainsi que la viabilité des services innovants. En outre, nos analyses transversales ont mis en évidence que la participation aux processus décisionnels est quasi absente dans le champ d'activités du *care* et en particulier dans les services d'aide et de soins à domicile, qu'il s'agisse de décisions relatives à l'organisation du travail, aux stratégies de l'organisation telles que les objectifs de production de services et d'innovation, ou aux tâches discrétionnaires dont la latitude décisionnelle est restreinte. Nos observations ont ainsi mis en évidence l'existence d'une tension forte et d'un déséquilibre entre la satisfaction des demandes des bénéficiaires contribuant à leur bien-être, la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* et l'atteinte des intérêts stratégiques des organisations. Enfin, la thèse a permis de rendre compte du potentiel bénéfique de la participation aux processus décisionnels des travailleuses du *care* et de son apport dans la régulation des tensions identifiées et dans l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

Afin de contribuer à la littérature scientifique à travers ce travail doctoral et en vue de proposer des implications pratiques pour les acteurs de terrain et les pouvoirs publics, nous avons construit un modèle d'analyse de santé au travail, le *Squeezed Lemon Model*. Ce modèle circonscrit l'ensemble de nos résultats discutés à la lumière de la littérature scientifique et ouvre des perspectives intéressantes sur l'analyse des conditions de travail et leur impact sur la santé des travailleuses, et sur des recommandations pour la mise en place de démarches participatives au sein des organisations. Il requiert d'être testé dans d'autres études scientifiques afin de le mettre à l'épreuve et de le rendre plus robuste.

La thèse participe ainsi de manière significative à enrichir la littérature scientifique sur la question de la participation aux processus décisionnels dans le domaine de la santé au travail.

Table des matières

Remerciements.....	5
Résumé.....	8
Table des matières.....	10
Liste des tables.....	13
Liste des figures.....	13
Liste des abréviations.....	14
PARTIE 1.....	16
INTRODUCTION.....	16
<i>Introduction générale.....</i>	<i>17</i>
Chapitre 1. Contexte de l'étude.....	21
1. <i>L'enjeu de l'Ageing in place.....</i>	<i>21</i>
1.1 <i>Population vieillissante et stratégie de désinstitutionnalisation.....</i>	<i>21</i>
1.2 <i>L'Ageing in place et les services du care à domicile.....</i>	<i>22</i>
1.3 <i>Le care des personnes âgées.....</i>	<i>22</i>
2. <i>L'organisation des services d'aide et de soins à domicile en Belgique.....</i>	<i>25</i>
2.1 <i>Les services d'aides et de soins à domicile.....</i>	<i>25</i>
2.2 <i>Les organes de concertation sociale et de négociation.....</i>	<i>26</i>
2.3 <i>La politique de bien-être en Belgique : un cadre propice aux mécanismes préventifs... </i>	<i>27</i>
2.4 <i>Le management des organisations.....</i>	<i>29</i>
3. <i>Les travailleuses du care.....</i>	<i>30</i>
3.1 <i>La force de travail et le type d'activités professionnelles.....</i>	<i>30</i>
3.2 <i>Caractéristiques des métiers du care.....</i>	<i>31</i>
4. <i>Un champ d'activités redynamisé par des innovations sociales pour l'Ageing in place.....</i>	<i>34</i>
Chapitre 2. Cadre conceptuel de la santé et du bien-être au travail.....	36
1. <i>La santé et le bien-être des travailleuses du care : enjeu prioritaire de santé publique.....</i>	<i>36</i>
2. <i>Les modèles théoriques de santé au travail mobilisés.....</i>	<i>37</i>
2.1 <i>Le modèle de stress au travail Job Demand-Control-Support.....</i>	<i>38</i>
2.2 <i>Le modèle Job Demand-Resource.....</i>	<i>40</i>
2.3 <i>L'approche de « Promotion de la santé au travail » : un levier insuffisamment exploré..</i>	<i>42</i>
3. <i>Etat de l'art sur les conditions de travail des travailleuses du care.....</i>	<i>45</i>
4. <i>Les facteurs de risques psychosociaux.....</i>	<i>46</i>
5. <i>L'organisation de travail et l'impact de son degré d'exigence sur la santé.....</i>	<i>48</i>
6. <i>La participation aux processus décisionnels à l'aune de la latitude décisionnelle.....</i>	<i>50</i>
6.1 <i>Les enjeux de la participation : intérêts et lacunes en recherche.....</i>	<i>50</i>
6.2 <i>La latitude décisionnelle : un degré de participation aux décisions restreint.....</i>	<i>52</i>
6.3 <i>La participation directe : un levier sur les décisions organisationnelles et stratégiques.....</i>	<i>53</i>
6.4 <i>Le continuum de participation : un cadre structurant les formes de participation.....</i>	<i>54</i>
6.5 <i>Cadre conceptuel de la participation adapté à notre recherche.....</i>	<i>56</i>

Chapitre 3. Problématique, objectifs de recherche et structure de la thèse	58
1. Synthèse de la problématique et cadre conceptuel.....	58
2. Objectif global de la thèse, questions de recherche et finalités	60
3. Structure générale de la thèse par études empiriques.....	63
PARTIE 2	64
METHODOLOGIE ET EPISTEMOLOGIE	64
Chapitre 4. Description du terrain et de la population d'étude.....	66
1. Cadre général de la thèse : la recherche WISDOM.....	66
2. Objectifs et finalités de la recherche WISDOM	67
3. Terrain d'étude de la thèse.....	67
4. Population d'étude	71
4.1 Echantillon Etude 1 : Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop.....	71
4.2 Echantillon Etude 2 : Recherche participative par méthode d'analyse en groupe et triangulation.....	72
4.3 Echantillon Etude 3 : Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré	72
Chapitre 5. Méthodologies de recherche	75
1. Choix méthodologiques	75
1.1 Recherche par méthodes mixtes [qualitative et quantitative] : le protocole de thèse.....	75
1.2 Recherche participative : l'approche originale de l'Etude 2	76
Chapitre 6. Posture épistémologique	81
1. La réflexivité et la posture de la chercheuse dans la recherche participative.....	81
2. Défis rencontrés par la chercheuse dans l'initiative empirique d'une démarche participative	83
PARTIE 3	91
ETUDES EMPIRIQUES.....	91
Chapitre 7. How local stakeholders' social representations shape the future of Ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium).....	95
Chapitre 8. 'Squeezed like a lemon' : A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium.....	118
Chapitre 9. The beneficial role of participation in decision-making process on the health and commitment of workers in a demanding work organisation context. A cross-sectional study in the health and homecare sector in French-speaking Belgium	143
PARTIE 4	164
DISCUSSION	164
Chapitre 10. Discussion générale	165
1. Introduction	166
1.1 Synthèse des résultats les plus saillants de la recherche.....	166

1.2	Description du <i>Squeezed Lemon Model</i>	168
2.	<i>Discussion des éléments-clés des résultats</i>	169
2.1	Volet 1 du SLM: Contexte socio-politique requérant d' <i>Ageing in place</i>	169
2.2	Volet 2 du SLM: Exacerbation des conditions de travail et émergence de tensions.....	175
2.3	Volet 3 du SLM: Conséquences sur la santé au travail et la relation de <i>care</i>	179
2.4	Volet 4 du SLM: Participation aux processus décisionnels : une ressource bénéfique..	183
3.	<i>Considérations méthodologiques de la recherche</i>	186
	Chapitre 11. Recommandations et perspectives futures	188
1.	<i>Recommandations de bonnes pratiques aux acteurs du champ d'activités du care à domicile et aux politiques</i>	188
1.1	Recommandation 1 : Réactualiser les guides de bonnes pratiques fondées sur les preuves et suivre les recommandations pour améliorer les conditions de travail	189
1.2	Recommandation 2 : Initier et développer des démarches participatives directes dans les organisations du <i>care</i>	190
1.3	Recommandation 3 : Amorcer une réflexion autour d'un modèle de gouvernance participative dans le champ d'activités du <i>care</i> et les services d'aide et de soins à domicile....	194
1.4	Recommandation 4 : Articuler « participation directe » et « participation indirecte »...	197
2.	<i>Perspectives pour les acteurs de terrain</i>	199
3.	<i>Perspectives en termes de recherche scientifique</i>	200
3.1	Recommandation 5 : Tester les hypothèses de notre modèle d'analyse de santé au travail ' <i>Squeezed Lemon Model</i> ' en complément au <i>JD-R Model</i>	201
3.2	Recommandation 6 : Développer davantage de recherches sur la promotion de la santé au travail	201
	Conclusion générale	202
	<i>Références bibliographiques</i>	204
	<i>Liste des publications et des communications scientifiques</i>	225
	<i>Annexes</i>	229
	Annexe 1 : Article scientifique peer review en 2 ^e auteure.....	229
	Annexe 2 : Questionnaire sur le bien-être au travail COPSOQ II (Etude 3).....	247

Liste des tables

Table 1. Définition opérationnelle de la participation aux processus décisionnels.....	56
Table 2. Types d'étude et chapitres correspondant à leur publication.....	63
Table 3. Description du Cas A « At-Any-Time » pour la recherche participative.....	69
Table 4. Description du Cas B « SmartControl » pour la recherche participative.....	70

Liste des figures

Figure 1. Job Demand-Control model (Karasek, 1979).....	38
Figure 2. Job Demand-Resource (Bakker & Demerouti, 2007).	41
Figure 3. Continuum de la participation (Heller & Yukl, 1969).....	54
Figure 4. Cadre conceptuel des niveaux et degrés de participation.....	57
Figure 5. Cadre conceptuel de la problématique de recherche.....	59
Figure 6. Schéma du terrain d'étude, l'échantillonnage et les méthodes respectives par étude.....	74
Figure 7. Modèle d'analyse de santé au travail 'Squeezed Lemon Model'.....	168

Liste des abréviations

AIP	<i>Ageing in place</i>
ASD	Aide et Soins à Domicile
ASBL	Association sans but lucratif
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité de la Wallonie
CE	Conseil d'Entreprise
CITP	Classification internationale Types des professions
CGSLB	Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique
CNE	Centrale Nationale des Employés
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CPPT	Comité pour la Prévention et la Protection au Travail
CSD	Centrale de Services à Domicile
CSC	Confédération des Syndicats Chrétiens
ENWHP	<i>European Network for Workplace Health Promotion</i>
FASD	Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
FCSD	Fédération des Centres de Services à Domicile
FEDOM	Fédération wallonne de services d'aide à domicile
FGTB	Fédération Générale du Travail en Belgique
FMM	Fédération des Maisons médicales
H1 - H2 - H3	Hypothèses 1, 2, 3
HCSI	<i>Health and Care Social innovation</i>
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IS	Innovation sociale
ISCO	International Standard Classification of Occupations
KCE	Centre Fédéral d'expertise en soins de santé
JD-CS	<i>Job Demand-Control-Support</i>
JD-C	<i>Job Demand-Control</i>
JD-R	<i>Job Demand-Resource</i>
MAG	Méthode d'Analyse en Groupe

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P1 - P2	Panel 1 - Panel 2
QUAL	Méthode qualitative
QUANT	Méthode quantitative
SETCA	Syndicat des Employés, Techniciens et Cadres
SLM	<i>Squeezed Lemon Model</i>
SPF	Service Public Fédéral
UNIPSO	Union des Entreprises à profit social
WISDOM	Wallonie Innovation Sociale Domicile
WHO	World Health Organization

PARTIE 1

INTRODUCTION

Introduction générale

Notre système de santé doit continuellement s'adapter pour faire face aux transformations sociétales et à l'évolution démographique que connaissent les populations contemporaines à travers le monde, en Europe, et en Belgique en particulier, notamment en matière de soins de longue durée des personnes âgées.

En effet, les défis socio-sanitaires liés au vieillissement de population et à la désinstitutionalisation, visant à accompagner à domicile les personnes âgées en perte d'autonomie dans un parcours de vie intégré, quel que soit leur lieu de vie (AVIQ et al., 2021), constituent une préoccupation majeure des politiques de santé publique. Afin de relever ces défis, outre l'accès à des services de soins de santé de qualité, le système doit pouvoir s'appuyer sur un champ robuste et dynamique, devenu incontournable, celui des activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, avec des travailleuses du *care* en bonne santé. Dès lors, la préservation de leur santé et de leur bien-être doit être considérée comme une priorité de santé publique de premier plan.

En ce sens, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réaffirmé la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes nationaux de protection de la santé et de la sécurité de tous les professionnels de santé, y compris les travailleuses du *care* à domicile. La mise en application de ces programmes leur permettra d'exercer leur profession dans des conditions saines et sûres (World Health Organization, 2022).

Dans le contexte socio-politique belge pressant d'*Ageing in place*, les innovations qui émergent en réponse à l'évolution rapide des demandes de *care* des personnes âgées, offrent l'occasion d'étudier les transformations des conditions et d'organisation de travail au sein des organisations du champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, ainsi que l'état de santé et de bien-être des travailleuses du *care*. Dans des services où le pouvoir décisionnel est généralement concentré vers le sommet des organisations, la place de la participation directe des travailleuses du *care* sur les décisions concernant leur travail constitue un enjeu crucial qui pourrait avoir un impact tant sur leur santé et leur bien-être, que sur leur engagement de travail sur le terrain.

L'objectif global de la thèse est d'analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile des personnes âgées, dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

En vue d'atteindre cet objectif, notre thèse répondra à trois questions de recherche à travers trois études empiriques successives :

- Etude 1 : En quoi les représentations sociales des acteurs locaux, relatives aux innovations sociales, dans le champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile, contribuent à façonner les politiques d'*Ageing in place* ?
- Etude 2 : Comment les innovations introduites dans le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile ont affecté la santé et le bien-être des travailleuses du care ?
- Etude 3 : Quelles sont les associations entre la participation aux processus décisionnels des travailleuses du care et leur santé et leur bien-être d'une part, et leur engagement au travail d'autre part ?

La finalité visée à travers la recherche est d'enrichir la littérature scientifique en santé publique sur les plans scientifique, pratique et politique. Il s'agit de documenter un champ d'activités insuffisamment étudié sur les enjeux de santé au travail et de participation en apportant une contribution scientifique sur les modèles théoriques existants que nous mobilisons à savoir, les modèles *Job Demand-Control-Support* (Karasek & Theorell, 1990) et *Job Demand-Resource* (Bakker & Demerouti, 2007), ainsi que sur l'approche de promotion de la santé au travail (ENWHP, 2007).

La structure de la thèse est divisée en 11 chapitres répartis en quatre parties.

La partie 1 « Introduction » comporte trois chapitres : 1) Le contexte socio-politique et organisationnel du champ d'activités du care à domicile dans lequel s'inscrit la recherche ; 2) Le cadre conceptuel de la santé et du bien-être au travail ; 3) La problématique, les objectifs de recherche et la structure de la thèse.

La partie 2 « Méthodologie et épistémologie » comprend également trois chapitres : 4) Description du terrain et de la population d'étude ; 5) Les méthodologies de recherche ; 6) La posture épistémologique.

La partie 3 « Etudes empiriques » comporte trois chapitres (7, 8 et 9) reprenant, sous forme d'articles scientifiques dans des revues internationales (deux publiés et un accepté pour publication), respectivement les études menées dans le cadre de ce travail doctoral.

Enfin, la partie 4 « Discussion, Recommandations, Conclusion » présente les deux derniers chapitres de la thèse : 10) Discussion générale et 11) Recommandations et perspectives ; suivie d'une conclusion générale.

Le manuscrit s'achève par la liste des références bibliographiques, nos contributions scientifiques (publications et communications orales) et quelques annexes.

Note terminologique

Afin de favoriser la lisibilité, la compréhension et la cohérence globale du manuscrit, nous explicitons ci-dessous certains choix d'expressions et de terminologies employées dans le texte et qui renvoient à un cadre tant conceptuel que pragmatique.

1. « Champ d'activités du care et services d'aide et de soins à domicile »

L'expression « champ d'activités du care et services d'aide et de soins à domicile » est proposée pour qualifier le vaste terrain d'étude de la thèse construit par la recherche partenariale WISDOM, en fonction des services offerts aux bénéficiaires et non des types de métier (cf. Chapitre 4 « Description du terrain et de la population d'étude » : p. 66). Il comporte différents types d'organisation à but non lucratif, porteuse d'innovations sociales qui fournissent des services d'accompagnement et de soutien psychosociaux, d'aide à la vie journalière, de soins infirmiers, médicaux, paramédicaux à domicile des personnes âgées en vue de répondre aux enjeux d'*Ageing in place*. Dès lors, les services et métiers concernés, excèdent les frontières classiques de la structuration par « secteur » des activités d'aide et de soins à domicile *stricto sensu*, mise en œuvre par les Commissions paritaires sectorielles pour organiser la concertation sociale (les relations collectives de travail et les règles qui régissent les rapports sociaux au travail) et par les codes de nomenclature d'activités économiques NACE-BEL. Ainsi, les services d'aide et de soins à domicile, bien qu'ils constituent le socle principal de notre terrain d'étude, ne sont pas étudiés de façon exclusive. C'est la raison pour laquelle l'appellation se veut plus englobante, tout en mentionnant la spécificité des services lorsque cela s'avère nécessaire. Afin de situer le terrain des trois études composant la thèse de manière claire, leur périmètre et la composition de leur échantillon respectifs sont décrits dans le Chapitre 3 « Problématique, objectifs de recherche et structure de la thèse » : p. 58).

2. « Care »

Le terme « care » est polysémique et est employé dans ce manuscrit principalement pour caractériser les activités visant à prendre soin des personnes âgées, à les accompagner, les soigner, les soutenir et les aider aux activités de la vie journalière afin de préserver leur autonomie à domicile. Ces activités du care concernent une pluralité de métiers offrant une aide, une présence, un accompagnement psychosocial, des soins non-médicaux, d'hygiène, infirmiers, médicaux ou paramédicaux. Cependant, lorsque la nature des activités et le type de métiers nécessitent d'être précisés, nous employons dans certains passages, le terme plus spécifique « d'aide et de soins à domicile ».

3. « Travailleuse du care »

Le terme « travailleuse du care » est utilisé dans ce manuscrit pour qualifier le personnel travaillant dans le vaste champ d'activités du care et dans les services d'aide et de soins à domicile. Il concerne principalement les travailleuses plus faiblement qualifiées, à savoir les aides familiales et les gardes à domicile en raison de leur participation majeure dans l'étude 2. Cependant, il englobe également – de façon moins marquée – d'autres métiers plus qualifiés du care à domicile des personnes âgées concernés par le terrain d'étude (par exemple, les infirmières). Par ailleurs, étant donné que le champ d'activités du care à domicile est majoritairement occupé par des femmes (ce qui est confirmé par la littérature et par le genre des participants de notre recherche), le terme « travailleuse du care » est systématiquement employé au féminin. Ceci n'exclut pas le fait que les hommes (occupant plus rarement ces postes) soient également concernés. Enfin, par commodité de lecture, nous employons le générique masculin pour désigner les autres acteurs impliqués dans le vaste champ d'activités du care à domicile et d'autres termes désignant des personnes, indifféremment de leur genre.

4. « Organisation »

Le terme « organisation » renvoie à la notion d'entreprise sociale du secteur non-marchand plus généralement employé dans le champ de l'économie sociale pour qualifier les services et les associations sans but lucratif offrant des activités de care à domicile. Dans ce manuscrit, nous privilégions le terme « organisation » plus couramment utilisé dans le champ de la santé publique.

Chapitre I. Contexte de l'étude

1. L'enjeu de l'*Ageing in place*

1.1 Population vieillissante et stratégie de désinstitutionnalisation

Comme de nombreux autres pays européens, la Belgique rencontre un accroissement progressif de sa population vieillissante. Selon les perspectives démographiques à l'horizon 2070, la part des personnes âgées de 67 ans et +, passera de 17,3% en 2022 à 24,1% en 2070 (Bureau fédéral du Plan, 2023). Le ratio de dépendance des personnes âgées de 65 ans et + (généralement économiquement inactives) par rapport aux personnes de 15 à 66 ans est passé de 26 % en 2011 à 29,9% en 2021 (European Commission - Eurostat & Statistic Eurostat., 2021) et devrait atteindre 42,1% en 2070 (ratio 67+/18-66) (Bureau fédéral du Plan, 2023).

Les besoins en soins de longue durée (en anglais '*long term care*') des personnes âgées en perte d'autonomie évoluent notamment en Région wallonne (Bourguignon et al., 2017) et s'intensifient avec l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées (Kontis et al., 2017). La Wallonie connaît un taux plus élevé de soins résidentiels, que celui d'autres pays européens. En effet, la moyenne européenne est de 4,3%, contre 9% des Wallons de plus de 65 ans vivant en institution (Devos et al., 2019). En perspective de ces tendances, le KCE, le Centre Fédéral d'expertise en soins de santé, prévoyait en 2011 une augmentation de 32% du nombre de lits disponibles en maison de repos en Wallonie entre 2010 et 2025, ce qui augmentera considérablement le budget qui y est alloué (Van den Bosch et al., 2011).

Face à ces enjeux, les politiques publiques en matière de soins de longue durée du gouvernement wallon se sont inscrites dans une stratégie de désinstitutionnalisation. Celle-ci prévoit des solutions alternatives notamment par le renforcement des soins à domicile pour favoriser l'*Ageing in place*, le vieillissement chez soi. En effet, l'AVIQ, l'Agence pour une Vie de Qualité de la Wallonie, a proposé une série de recommandations pour entamer sa transition vers la désinstitutionnalisation des personnes en perte d'autonomie et nécessitant des soins de longue durée. Ce processus s'appuie notamment sur une adaptation et une transformation des lieux de vie et des services existants. L'accompagnement de ces personnes se centre sur un parcours de vie intégré individualisé, selon les profils, besoins et ressources, et respecte la liberté de choix et les droits fondamentaux des seniors (AVIQ et al., 2021).

1.2 L'Ageing in place et les services du care à domicile

Le concept d'**Ageing in place** est devenu très populaire dans la littérature sur le vieillissement (Vasunilashorn et al., 2011). Cependant, il n'existe pas de consensus sur sa définition (Bigonnesse & Chaudhury, 2022). Conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'**Ageing in place** est à considérer comme une question complexe qui couvre bien plus que les services et pratiques de soins de santé spécifiquement adaptés à l'environnement du domicile. Il englobe l'idée que les stratégies et interventions de santé publique devraient « *donner aux personnes âgées les moyens de garder le contrôle de leur vie et de faire des choix qui sont dans leur meilleur intérêt* » (World Health Organization, 2015 : p. 36), que ce soit par le biais du logement ou d'une alternative au logement, de l'accompagnement ou des soins, y compris les services de soins de santé à domicile et le soutien non médical (Wiles et al., 2012).

Les besoins en soins de santé et en services de soutien à domicile, appelés « *care* » se diversifient et se complexifient (McGilton et al., 2018), pour répondre à l'aspiration de plus en plus affirmée des personnes âgées de rester à domicile aussi longtemps que possible, tant que leur état de santé et leur autonomie le leur permettent (Adekpedjou et al., 2018; Fernández-Carro, 2016; Rojo Perez et al., 2001).

Dès lors, les **services d'aide et de soins à domicile** se sont imposés comme une nécessité dans les politiques sociales et de santé publique. D'après un rapport de Sciensano, un quart (25,2%) de la population belge âgée de plus de 65 ans a eu recours à des services de soins à domicile en 2018. Plus précisément, en Région wallonne, 23,8 % d'entre eux ont fait appel à des services de soins à domicile et 17,4% ont eu recours à des services d'aide à domicile (Drieskens et al., 2020).

En effet, afin de préserver la santé et la qualité de vie des personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie, le système de santé ne se limite pas qu'au champ des soins de santé relevant de la sphère purement médicale. Il comporte un large éventail d'activités et de pratiques professionnelles rencontrant les besoins du *care* des personnes âgées que nous qualifions dans cette thèse de « **champ d'activités du care et services d'aide et de soins à domicile** » mobilisant des compétences et métiers pluridisciplinaires autour de la notion de **care**.

1.3 Le care des personnes âgées

Le *care* est un concept anglosaxon polysémique qui n'a pas d'équivalent en langue française. Il peut être traduit par le fait de « prendre soin », de « manifester de la sollicitude » ou encore de « donner de l'attention » à des personnes vulnérables

(Zielinski, 2010). Le *care* s'est popularisé dans les années 80 notamment avec les travaux de Carol Gilligan sur la disposition morale du *care* et son caractère relationnel (Gilligan, 2008).

Selon Joan Tronto, le *care* est considéré comme un acte ou une pratique de « sollicitude » et/ou de « soin » qui dépasse sa composante morale. Ses travaux ont mis en évidence le déficit de reconnaissance des activités du *care*, du travail du soin et de la sollicitude. En effet, sa marginalisation est liée aux représentations sociales du *care* comme étant une activité confinée dans la sphère privée et dont la charge incomberait à la famille, à la disposition émotionnelle et bienveillante des femmes par opposition aux activités plus « rationnelles » de certains métiers et à l'expression du besoin des personnes comme une forme de vulnérabilité que la société tend à dévaloriser (Tronto, 2008).

Dès lors, l'auteure propose de définir le concept de *care* comme une pratique comportant quatre dimensions étroitement liées les unes aux autres : '*caring about*' (se soucier de) impliquant l'existence d'un besoin et l'évaluation des réponses possibles ; '*taking care of*' (se charger de) impliquant la responsabilité d'y répondre ; '*care giving*' (accorder des soins) impliquant la rencontre directe du besoin par une activité concrète de soin ; '*care receiving*' (recevoir des soins) concernant la reconnaissance de la réaction de celui qui reçoit le soin (Tronto, 2008).

Ces dimensions pratiques caractérisent la plupart des métiers du *care* dont les fonctions visent à prendre soin des personnes vulnérables, à les accompagner, les soutenir et les aider aux activités de la vie journalière afin de préserver leur autonomie à domicile. On retrouve ainsi des travailleuses du *care* offrant une aide, une présence, un accompagnement psycho-social, des soins non-médicaux, d'hygiène, sociaux, infirmiers, médicaux ou paramédicaux, ainsi que des aidants proches constituant un réseau de proximité autour de la personne âgée.

Certains auteurs, tels que Cresson G. (2004), considèrent qu'il n'existe pas de définition satisfaisante de la notion de *care* et qu'il s'agit à la fois du souci pour l'autre et d'une série d'activités de prise en soins à la limite du domestique, du sanitaire et du social. Ces activités sont généralement réalisées par des femmes qui soutiennent et aident les personnes en perte ou en insuffisance d'autonomie telles que les personnes âgées, malades, dépendantes, porteuses d'un handicap ou plus largement, les enfants et les personnes qui partagent la vie quotidienne (Cresson & Gadrey, 2004).

L'examen de la littérature scientifique montre qu'il n'existe pas de concept consensuel pour décrire le champ d'activités du *care* des personnes âgées à domicile. Au niveau anglo-saxon, les termes employés sont *homecare* (soin à

domicile), *homehelp* (aide à domicile), *social care* (soins sociaux), *support care* (aide et soutien), *home healthcare* (soins de santé à domicile), *community care* (soins communautaires) ou *care of community-dwelling older adults* (soins aux personnes âgées par la communauté). Dans la littérature francophone et le vocabulaire courant des acteurs de terrain, plusieurs termes sont employés : le 'soin' au sens large couvrant tout type de soins (bien-être physique et mental, confort, hygiène, etc.) ; les soins au sens orienté soins infirmiers, médicaux ou paramédicaux ; l'accompagnement psychosocial et l'aide au sens d'une présence et d'un soutien aux activités de la vie journalière favorisant l'autonomie des personnes âgées.

La définition de Genet (2013) synthétise la notion de *care* à domicile et ses déclinaisons terminologiques d'une façon pertinente pour notre recherche, regroupés dans le concept *homecare*, qu'il définit comme « *des soins professionnels dispensés à domicile à des adultes dont les besoins ont été formellement évalués. Ces besoins incluent les soins infirmiers de réadaptation, de soutien et techniques, l'aide aux tâches ménagères et les soins personnels, ainsi que les soins de répit dispensés aux aidants informels* » (Genet et al., 2013 - traduction libre).

Dérivé de cette définition et adapté de façon pragmatique pour notre thèse, le terme « *care* » est employé dans ce manuscrit pour caractériser les activités concernant une pluralité de métiers visant à prendre soin des personnes âgées, à les accompagner, les soigner, les soutenir et les aider aux activités de la vie journalière afin de préserver leur autonomie à domicile.

En Belgique, le champ d'activités concerné par les métiers du *care* à domicile des personnes âgées est large comme le montre la recherche WISDOM. De façon plus spécifique, les **services d'aide et de soins à domicile** emploient des travailleuses de l'aide à la vie journalière telles que les aides familiales, les gardes à domicile et les aides ménagères sociales, mais également des travailleuses en soins infirmiers à domicile. D'autres métiers constituant la « grappe » dans ces services, s'y retrouvent tels que les assistants sociaux, le personnel administratif, les animateurs spécialisés et les coordinateurs de soins et d'aide à domicile (Ballara & Lamargue, 2019).

Dans cette thèse, nous emploierons le terme « travailleuses du *care* » pour désigner spécifiquement les métiers de l'aide à domicile aux personnes âgées et de façon plus globale la diversité des métiers d'accompagnement psycho-social, d'aide et de soins (infirmiers, médicaux, paramédicaux etc.) qui composent le champ d'activités du *care* en Belgique.

2. L'organisation des services d'aide et de soins à domicile en Belgique

2.1 Les services d'aides et de soins à domicile

En Belgique, les services d'aide et de soins à domicile font partie des activités professionnelles du secteur non-marchand (Dryon & Krzeslo, 2003). La finalité poursuivie par ces services est principalement sociale et vise à répondre aux demandes de care de la population, en particulier des personnes âgées.

La création des services d'aide à domicile remonte à 1937 à l'initiative de la Croix jaune et blanche avec une reconnaissance officielle du Ministère de la Santé Publique et de la Famille en 1949 (Carbannelle, 2017 : p76). Durant la période des « Trente glorieuses », le champ d'activités gravitant autour du domicile se structure avec une base professionnelle et salariée de services d'aide aux familles, paramédicaux et de services sociaux (Nyssens & Gilain, 2001). Le champ d'activités du care à domicile s'est construit historiquement sur base d'un partenariat public-associatif et comporte des organisations à but non lucratif publiques et associatives, dont les missions sont réglementées et financées par les pouvoirs publics (Gardin et al., 2010) et fondées sur la logique de « pilarisation », une caractéristique du paysage belge en fonction de laquelle les organisations remplissant des missions de service public, se répartissent la plupart du temps selon trois piliers classiques de la société civile belge : catholique, socialiste et pluraliste.

Les travailleuses des services d'aide et de soins à domicile sont réglementées par le gouvernement régional par le biais d'un système « tutélaire » qui alloue des fonds publics aux organisations répondant à un ensemble de normes et d'exigences. Ces dernières font partie du secteur public, généralement un Centre Public d'Action Sociale (CPAS) ou privé, une association sans but lucratif (asbl) et représentent respectivement, environ 20% et 80% de l'offre. Les organisations sont subventionnées par l'Etat sur base d'un système de contingentement d'heures précis alloué annuellement et les services sont payés par les usagers en fonction de leurs revenus et d'un barème fixé par la loi (Degavre & Nyssens, 2012).

En Wallonie, il existe 94 organisations dans les activités de l'aide à domicile agréées et subventionnées par l'AVIQ se référant aux Services d'aide aux familles et aux aînées, appelés les SAFA (AVIQ, 2022). Les organisations de l'aide et des soins à domicile sont rattachées à des fédérations d'employeurs (la FASD, Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile ; la FCSD, Fédération des Centres de Services à Domicile ; la FEDOM, Fédération wallonne de services d'aide à domicile) qui elles-mêmes sont rattachées à une confédération d'employeurs qui siège à la Commission paritaire.

2.2 Les organes de concertation sociale et de négociation

En Belgique, la concertation sociale est un dispositif très élaboré de dialogue social à tous les niveaux (entreprise, secteur et interprofessionnel) entre les représentants des travailleurs et des employeurs avec les interlocuteurs sociaux. Il s'agit respectivement des organisations syndicales et des organisations patronales.

Dans les organisations d'aide et de soins à domicile, il existe deux organes officiels de concertation en matière de bien-être et de santé au travail. D'une part, le Conseil d'Entreprise (CE), composé de représentants de l'employeur et de représentants des travailleurs, gère les prérogatives concernant tout ce qui relève de l'organisation du travail et des orientations stratégiques. D'autre part, le Comité pour la Prévention et la Protection au travail (CPPT) composé, de façon paritaire, de la direction, de ses représentants désignés par l'employeur et des représentants élus des travailleurs, est chargé des politiques de prévention et du bien-être au travail.

Pour les organisations comptant moins de 50 personnes, ce sont les délégations syndicales qui interviennent pour les prérogatives du CPPT. Dans le champ d'activités de l'aide et des soins à domicile, il s'agit de la CNE (de la CSC), le SETCA (de la FGTB) et la CGSLB (du Syndicat libéral)¹. Les organisations comptant au moins 50 travailleurs, doivent élire tous les 4 ans des représentants de travailleur et des délégués syndicaux pour siéger au Conseil d'Entreprise et au Comité pour la Prévention et la Protection au Travail, qui est également une instance de concertation dont le rôle est de veiller à la santé, la sécurité et au bien-être des travailleurs (Dorssemont & Lamine, 2019; SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017).

Au niveau sectoriel, il existe un organe de négociation national de concertation sociale pour les conventions collectives de travail : les Commissions paritaires. Pour les activités de l'aide à domicile, il s'agit de la Commission paritaire 318 et de la sous-commission paritaire 318.01 pour les régions wallonnes et germanophones, parmi les premières qui ont été créées dans le secteur non-marchand en 1970. S'y réunissent deux types d'acteurs : les organisations syndicales et les organisations patronales. Cet organe de négociation a fait évoluer ce champ d'activités au niveau macrosocial et a permis de faire avancer les prérogatives. Cependant, les représentants qui y siègent sont parfois éloignés des réalités du terrain, ce qui

¹ L'un des rôles des organisations syndicales représentatives des travailleurs est d'organiser des réunions avec les délégués syndicaux élus au CE ou au CPPT ou avec les représentants des travailleurs siégeant à la délégation syndicale (ils ne sont pas élus aux élections sociales, mais désignés en concertation avec les permanents syndicaux des centrales régionales).

entrave la négociation des changements en termes de conditions de travail préservant la santé et le bien-être des travailleuses du care (Bingen et al., 2017).

Il convient toutefois de noter que dans les accords du secteur non-marchand, de nombreux résultats en termes d'amélioration des conditions d'emploi ont été obtenus suite aux négociations pour les activités d'aide à domicile depuis 1977: augmentation des valorisations salariales et des barèmes, prime syndicale, suppression des jours de carence, augmentation de la prime de fin d'année, trois jours de sursalaires des prestations de nuit pour les gardes à domicile, négociation du plan de formation, augmentation des frais de remboursement des déplacements professionnels et établissement des horaires inconfortables sur base volontaire (CNE, 2020).

Malgré ces avancées, les organisations d'aide et de soins à domicile en Belgique souffrent de turnover et rencontrent des difficultés à recruter des travailleuses du care (Ballara & Lamargue, 2019) notamment en raison des conditions de travail difficiles, la problématique au cœur de notre thèse que nous développerons plus loin.

2.3 La politique de bien-être en Belgique : un cadre propice aux mécanismes préventifs

En Belgique, il existe un cadre légal institué relatif à l'exécution du travail qui protège la santé et le bien-être des travailleurs : la politique de bien-être au travail prenant appui sur la Loi belge du 4 août 1996. Cette dernière définit le bien-être au travail en ces termes :

« L'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté : sécurité au travail, protection de la santé du travailleur, aspects psychosociaux du travail, ergonomie, hygiène du travail, embellissement des lieux de travail. » (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017)

La mise en application des dimensions de cette définition par les employeurs et les travailleurs est décrite dans une série d'arrêtés d'exécution à travers dix livres compilés dans le Code du bien-être au travail. Les employeurs sont assistés des conseillers en prévention afin de mettre en œuvre les mesures de cette loi au sein des organisations (SPF Emploi, Travail et Concertation, 2017).

En vue de redynamiser les politiques de bien-être au travail et de les replacer comme l'une des priorités des pouvoirs publiques, en particulier suite aux défis qu'ont rencontré les travailleurs et employeurs dans la gestion de la pandémie du

Covid-19, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale a développé un « *Plan d'action national pour l'amélioration du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail 2022-2027* ». Ce plan, qui sera réévalué tous les ans avec les partenaires sociaux du Conseil Supérieur pour la Prévention et la Protection au Travail, définit des objectifs à atteindre en termes de politiques de bien-être au travail. Il met l'accent sur la prévention des risques psychosociaux et des troubles musculosquelettiques, et s'intéresse particulièrement à la condition d'exercice du travail des catégories de travailleurs plus vulnérables, notamment du domicile (SPF Emploi et Concertation sociale, 2022).

Au niveau des organisations, en référence à la Loi sur le bien-être au travail précitée, afin de prévenir les risques psychosociaux dans les milieux professionnels, il est possible pour les employeurs de déployer une démarche d'analyse des risques psychosociaux dans trois circonstances : la mise en œuvre d'un contrôle périodique au sein de l'organisation pour détecter les facteurs de risque et les dangers pouvant impacter la santé des travailleurs ; une demande d'analyse des risques émanant de la ligne hiérarchique ou d'un représentant des travailleurs suite au signalement d'une situation perçue comme à risque par un travailleur ; une demande formulée directement par un travailleur considérant qu'il y a un danger potentiel pour sa santé dans une situation de travail particulière (Bingen et al., 2017).

En termes d'outils permettant de mettre en place les politiques de bien-être et d'opérationnaliser la gestion des risques professionnels au sein des organisations en particulier des risques psychosociaux, la Direction Générale Humanisation du Travail du SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale a développé en 2007, avec le soutien du Fond social Européen, une stratégie générale de prévention appelée SOBANE (Screening, OBservation, ANalyse, Expertise) et un guide de dépistage participatif « Déparis » (Dépistage, Participation, Risques). Ce guide permet de rencontrer les exigences des deux premières étapes du « Screening » (Dépistage) et de l'Observation et préconise la participation directe des travailleurs dans l'analyse de situation à travers des processus participatifs continus et non ponctuels. Considérant tous les acteurs de la participation sur un même pied d'égalité, l'objectif des méthodes d'observation et d'analyse Déparis, vise à améliorer les conditions de travail et à aboutir à des décisions résultant d'un consensus négocié avec tous les acteurs. (SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2007).

Dans le champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile, les conseillers en prévention et les membres des Comités de Prévention et de Protection au Travail ont à leur disposition un guide Déparis spécifiquement conçu et adapté pour les services d'aide à domicile : le Guide de concertation Déparis Aide à domicile (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2008).

Cependant, comme nous le verrons dans le chapitre 2, malgré ces politiques, outils et guides encourageant les organisations et les employeurs à implémenter des mécanismes de prévention des risques professionnels efficaces, les conditions de travail demeurent défavorables dans le champ d'activités du *care* et dans les services d'aide et de soins à domicile, impactant lourdement la santé et le bien-être des travailleuses du *care* des personnes âgées.

2.4 Le management des organisations

La gouvernance dans les organisations d'aide et de soins à domicile est le plus souvent fondée sur le modèle d'une structure pyramidale hiérarchisée : assemblée générale, conseil d'administration, direction générale, comités de gestion ou de direction composés de direction par service (exemple : direction du service infirmier, direction du service d'aide aux familles, direction du service administratif et financier), personnel encadrant pour chaque service (infirmier en chef, assistant social ou infirmière en santé communautaire, responsable du personnel administratif), et travailleuses du *care* à domicile. Le type de management et l'organisation des activités professionnelles s'inscrivent dans une logique dite '*top down*', c'est-à-dire descendante, sans participation directe des travailleuses aux processus décisionnels relatifs à l'organisation de travail, aux politiques de bien-être au travail ou pour les décisions concernant les orientations stratégiques de l'organisation par exemple concernant la conception d'un projet ou d'un service innovant favorisant l'*Ageing in place* (Callorda Fossati et al. 2015 ; Bensliman et al. 2016 ; Casini et al. (2018).

Les travailleuses du *care* moins qualifiées et ayant un statut professionnel moins élevé (aides familiales ou gardes à domicile) que d'autres métiers plus qualifiés, disposent d'une marge de manœuvre limitée concernant le contenu du travail sur leur lieu d'intervention, qu'est le domicile des personnes âgées, en raison d'un cadre de prestations et de réalisation des tâches défini par l'organisation qui les emploie. Le personnel encadrant composé généralement de travailleurs sociaux, se charge de recevoir les demandes de services par les personnes âgées ou leurs familles (aidants proches), d'évaluer les demandes, de concevoir le plan d'aide et de soins et de planifier les horaires ainsi que les conditions d'intervention (Dussuet, 2010).

Les travailleuses du *care* ne sont donc généralement pas invitées à participer à la mise en place du plan d'aide ni aux aspects relatifs à l'organisation de travail ou aux réunions de coordination de soins interdisciplinaires. Cependant, certaines organisations de l'aide et des soins à domicile wallonnes amorcent une réflexion pour favoriser l'autonomie et la responsabilisation de ces travailleuses ainsi que leur

intégration progressive dans le travail interdisciplinaire (Aide et Soins à domicile, 2021; CSD Solidaris Reseau, 2021).

Enfin, l'environnement dans lequel s'organisent les activités va de pair avec l'isolement des travailleuses du care sur le terrain dû au milieu professionnel domestique du travail impliquant une dispersion spatio-temporelle des prestations. Cette particularité du métier leur laisse très peu d'occasions de se rendre au siège de l'organisation, d'échanger avec leurs collègues ou leurs responsables hiérarchiques et de bénéficier de soutien social. Elles ne disposent que d'un espace d'expression restreint lors des réunions d'équipe généralement mensuelles, conduites par la responsable directe. Ces temps de réunions étant fort limités et peu subventionnés, les sujets qui y sont traités concernent essentiellement les éléments relatifs au contenu de travail, aux tâches à effectuer et à la situation des personnes âgées qu'elles accompagnent. Les aspects relatifs au vécu sur le terrain, aux conditions de travail et aux pénibilités physiques, émotionnelles et psychologiques ressenties, n'y sont que rarement évoqués alors que ces temps de réunion pourraient utilement constituer un espace de prévention des risques psychosociaux (Puissant, 2011).

3. Les travailleuses du care

3.1 La force de travail et le type d'activités professionnelles

L'enquête Statbel 2019 sur les forces de travail, utilisant la nomenclature de la CIP pour définir la catégorie des travailleurs en Belgique, montre que 3,3 % des actifs occupés, travaillent dans le champ d'activités du care à domicile en 2019 : 122 402 « aide-ménagères » et 38 898 « travailleurs des soins personnels à domicile » comportant notamment les aides familiales (Statbel, 2019), l'une des principales catégories de travailleuses du care de notre recherche.

Le statut des métiers d'aide familiale et de garde à domicile est légiféré par les instances régionales en Belgique, dont le Gouvernement wallon pour la Wallonie. Le niveau de qualification requis est faible mais une formation réglementée et reconnue délivrant une « attestation de capacité d'aide familiale » est nécessaire pour exercer la profession.

Leurs activités professionnelles sont décrites dans un référentiel de compétences de care (Interfédé, 2015) et le profil de qualification et de formation a été défini par la Commission Communautaire des Professions et Qualifications. En effet, pour l'aide familiale, les activités sont les suivantes : établir une relation de confiance avec la personne âgée, entretenir le linge et l'hygiène, aider à la préparation des repas et au déplacement, assurer son bien-être physique et sa sécurité, apporter une aide

sociale, assurer un rôle éducatif, offrir un soutien à l'entourage et s'intégrer dans une équipe et un travail pluridisciplinaire à vocation sociale. L'aide familiale travaille sous la supervision d'un assistant social et peut être amenée à réaliser jusqu'à sept prestations différentes par jour d'une durée variant de trois quart d'heure à quatre heures. La fonction principale de la garde à domicile quant à elle, est d'assurer une présence continue auprès de la personne âgée de jour comme de nuit et de veiller à accompagner les activités journalières de la personne âgée pour lui permettre de préserver son autonomie. Les autres activités rejoignent celles de l'aide familiale sauf l'entretien de l'hygiène et l'aide sociale (Ballara & Lamargue, 2019).

Il convient toutefois de relever que bien que les tâches des travailleuses du *care* soient définies dans un référentiel, sur le terrain les frontières entre différents métiers du *care* sont ténues et des chevauchements existent dans le type de soin ou d'aide fourni, en ce compris avec les métiers des soins infirmiers, médicaux et paramédicaux. Ceci peut parfois engendrer des difficultés dans la pratique des travailleurs dont certains souhaitent préserver leur champ d'activités et d'autres pouvoir déléguer certaines tâches dans une logique de complémentarité et d'interdisciplinarité (E. Peters & Lebegge, 2013). Dans cette perspective, un protocole d'accord publié en 2018, prévoit que certains actes infirmiers puissent être délégués par le médecin ou l'infirmier et attribués aux aides familiales ainsi qu'aux gardes à domicile afin de faire évoluer leurs compétences et de favoriser l'accès à des soins de qualité à domicile (Ballara & Lamargue, 2019).

3.2 Caractéristiques des métiers du *care*

Les métiers du *care* sont caractérisés par plusieurs dimensions fortes qui peuvent avoir des implications sur la santé et la bien-être des travailleuses.

- **L'environnement de travail : le domicile des personnes âgées**

Au contraire de la plupart des espaces de travail, le lieu dans lequel interviennent les travailleuses du *care* à domicile (aides familiales, gardes à domicile, etc.) n'est pas un territoire que définit le caractère professionnel des prestations offertes puisqu'il s'agit du domicile du bénéficiaire des services : un lieu privatif, singulier, au cœur de l'intimité des personnes âgées. Ceci a des implications importantes sur les conditions de travail, notamment du fait que les travailleuses du *care* doivent s'adapter en continu d'un domicile à l'autre (Angus et al., 2005; Conradson, 2003; Dyck et al., 2005). De plus, ce type d'environnement comporte des contraintes inhérentes aux métiers du *care* à domicile : la mobilité requise pour se rendre aux multiples lieux de travail fait partie intégrante de l'organisation du travail, les contacts avec les collègues sont relativement restreints, et l'autonomie des

travailleuses n'est possible que lors des prestations et selon un cadre défini strictement par l'organisation (Avril, 2006).

- **L'isolement des travailleuses du care**

Cet environnement du domicile implique que les travailleuses du care à domicile soient confrontées à un isolement social lié à la caractéristique intrinsèque du lieu de travail pour exercer leur fonction. Cela induit une absence de cohésion de groupe, d'échanges de bonnes pratiques ou de soutien social par les pairs ou de la hiérarchie (Dussuet, 2013). De plus, les travailleuses du care doivent, dans certains cas, faire face seules à des situations de grande vulnérabilité des personnes âgées dont elles s'occupent, faire preuve de créativité pour répondre à diverses demandes, et gérer des situations où elles sont exposées à des risques d'agressivité, d'asservissement ou de racisme (Lada, 2011). Elles sont également directement confrontées aux exigences des bénéficiaires et aux risques de subordination que tente de réguler l'organisation qui les emploie (Puissant, 2011).

- **L'invisibilité du travail du care et le manque de reconnaissance sociale**

Le travail au domicile est réalisé à l'abri des regards extérieurs, des organisations ou du public, rendant invisibles leur savoir-faire technique et leur rôle relationnel du care essentiels dans l'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes âgées (Bonnet, 2006; Lada, 2011). Les métiers d'aide et de soins à domicile souffrent d'un manque de reconnaissance sociale dû notamment aux représentations sociales des tâches domestiques et leur dévalorisation, quand bien même l'activité professionnelle « socialisante » des travailleuses du care constituent un levier essentiel pour favoriser la création de liens sociaux autour de la personne âgée (Bonamy et al., 2012). Pour Joan Tronto, le fait que les compétences soient liées à l'aspect « particulier » au cœur des pratiques du care contribuerait au manque de reconnaissance sociale parce qu'elles ne seraient destinées qu'aux personnes les plus vulnérables de la société. Or, l'auteure pointe une éthique du care qui rend compte de l'aspect universel du care pouvant concerner tout être humain à un moment de sa vie et au besoin de faire appel à des travailleuses du care en situation de vulnérabilité (Tronto, 2008). Enfin, il convient de souligner que l'invisibilisation des pénibilités physiques et psychologiques des métiers du care au domicile et des conditions de travail difficiles contribue à renforcer l'absence de reconnaissance professionnelle et sociale de ces métiers essentiels (Devetter & Puissant, 2018).

- La dimension relationnelle des métiers et des compétences sociales

Les métiers du *care* sont caractérisés par leur dimension relationnelle des activités et par les compétences sociales des travailleuses favorisant la relation de *care* avec les personnes âgées : aide, accompagnement, soutien, dialogue, écoute, présence rassurante, communication (Valléry & Leduc, 2010). Toutefois, ce savoir-faire relationnel reposant sur une implication forte des valeurs personnelles des travailleuses, peut entraîner une difficulté à trouver la « juste distance » émotionnelle dans les différentes dimensions du travail et singulièrement dans les rapports avec les personnes accompagnées au quotidien (Demailly, 2008). La gestion de la charge émotionnelle est, à ce titre, un élément crucial du bien-être au travail à prendre en considération (Grosjean & Ribert-Van De Weerdt, 2005; Hochschild, 2003).

- La motivation intrinsèque des travailleuses

A ces dimensions, vient se greffer un élément qui caractérise le secteur non-marchand de façon générale et les activités du *care* à domicile des personnes âgées en particulier : la notion de motivation. La littérature (Borzaga & Tortia, 2006; Devaro & Brookshire, 2007; Lanfranchi & Narcy, 2008) aurait ainsi montré que les travailleurs du monde associatif possèdent une plus grande motivation intrinsèque (Gagné & Deci, 2005), c'est-à-dire un « état dans lequel le travail est intrinsèquement agréable », ainsi qu'une plus grande motivation prosociale (Brolis & Angel, 2015) dérivée du fait que « le travail est instrumental à une finalité sociale » (Grant, 2008). Cette motivation peut être considérée comme une ressource pour les travailleuses du *care* mais peut s'essouffler avec le temps en raison des conditions de travail difficiles dans ce champ d'activités (Casini et al., 2018).

- Un champ d'activités féminisé et des travailleuses cumulant des vulnérabilités socio-économiques

Dans la plupart des pays du monde, les métiers de *care* à domicile des personnes âgées sont caractérisés par la prédominance féminine des travailleuses du *care* (Bakker & Demerouti, 2017); ainsi que par un faible niveau de qualification pour les services d'aide à domicile et une certaine vulnérabilité socio-économique se traduisant par un état de précarité et de pauvreté (Cangiano, 2014). Ceci est exacerbé par la faible rémunération dans ce champ d'activités et par la parcellisation des horaires qui constitue un obstacle pour cumuler deux emplois en parallèle (Devetter & Puissant, 2018; Hartmann & Hayes, 2017). De plus, ce champ emploie davantage de travailleuses d'origine étrangère et migrantes afin de combler les lacunes de recrutement mais également car elles seraient, selon Turnpenny & Hussein, plus susceptibles d'accepter des conditions de travail moins favorables et

de réaliser un travail qui souffre de reconnaissance sociale (Turnpenny & Hussein, 2022).

Compte tenu de ces caractéristiques, la revalorisation de ces métiers de care et l'amélioration des conditions de travail doivent constituer une priorité politique pour cette catégorie professionnelle essentielle pour relever les défis de l'*Ageing in place*.

Nous développons plus en détails les aspects relatifs aux conditions de travail dans le chapitre 2 décrivant le cadre conceptuel de la santé et du bien-être au travail.

4. Un champ d'activités redynamisé par des innovations sociales pour l'*Ageing in place*

Pour répondre aux défis de l'*Ageing in place* en Wallonie, des projets innovants appelés « innovations sociales » dans le champ d'activités du care et dans les services d'aide et de soins à domicile sont développés par des organisations à but non lucratif. Le concept d'« innovation sociale » désigne une nouvelle façon de répondre aux besoins sociétaux en proposant des changements, notamment au sein des relations sociales (Avelino et al., 2019), en intégrant l'idée d'inclusion et de cohésion sociale (Ghiga et al., 2020).

Le vieillissement de la population est devenu un moteur d'innovations sociales pour le champ d'activités du care (Heinze & Naegele, 2012). En effet, malgré des services de santé à la pointe des progrès scientifiques et technologiques, l'offre de services en matière de soins hospitaliers ou à domicile ne répond pas suffisamment et durablement aux besoins de soins complexes des personnes âgées correspondant à leur projet de vie (Dury et al., 2017; Fret et al., 2019).

Au niveau mondial, l'urgence de développer des innovations a été pointée lors de deux forums mondiaux sur l'innovation pour les populations vieillissantes, organisés par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2015 (WHO Centre for Health Development, 2016). Conformément à leurs déclarations dans le Rapport mondial sur le vieillissement et la santé (World Health Organization, 2015), l'OMS a souligné que le système de soins de santé actuel se concentre davantage sur la gestion des maladies curables et n'est pas conçu pour fournir une assistance et un soutien à domicile à long terme. Ces forums ont fourni des recommandations en matière d'innovation pour l'*Ageing in place* telles que la promotion d'un ensemble de services intégrés de soins de santé et de services sociaux ciblés sur les besoins des personnes âgées (WHO Centre for Health Development, 2016).

Au niveau européen, les politiques publiques comportent plusieurs outils et programmes visant à encourager l'innovation sociale en matière de vieillissement actif, tel que le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé (Walker & Zaidi, 2019).

En Belgique, les autorités fédérales encouragent les initiatives innovantes en raison des coûts élevés des soins résidentiels et pour retarder ou éviter l'institutionnalisation des personnes âgées fragiles. En 2010, dans le cadre d'un accord fédéral appelé « Protocole 3 », l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a octroyé des financements renouvelables à des organisations de terrain pour concevoir et mettre en œuvre des initiatives innovantes permettant aux personnes âgées fragiles de vivre à domicile (de Almeida Mello et al., 2016). Au niveau régional, le Gouvernement wallon a inscrit comme stratégie en faveur de l'*Ageing in place*, le développement d'innovations sociales dans ses plans de politique régionale pour 2019-2024 (Gouvernement de la Région Wallonne, 2019). En effet, en réponse aux défis de l'*Ageing in place*, le champ d'activités du *care* à domicile connaît un véritable bouleversement dans ses pratiques et propose diverses offres de services innovants. Le leitmotiv de ces innovations est le même dans toutes les organisations : satisfaire au mieux les nouvelles demandes de *care* des personnes âgées.

Cependant, bien que les conditions de travail soient documentées comme étant défavorables en termes pénibilités physiques, psychologiques et de risques psychosociaux dans ce champ d'activités, la question de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* dans le cadre d'innovations organisationnelles n'est que rarement étudiée par les chercheurs. La littérature scientifique se concentre plutôt sur les changements organisationnels et les restructurations des services (Day et al., 2017; M. Denton et al., 2003), sur les préoccupations liées au changement (Guidetti et al., 2018) ou sur l'innovation en matière de gestion (Bryson et al., 2009).

Les programmes innovants qui émergent en réponse à l'évolution rapide des demandes de soins de longue durée des personnes âgées offrent donc l'opportunité d'étudier les transformations des conditions de travail et d'emploi au sein de ce champ d'activités en pleine redynamisation, ainsi que leur impact sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care*.

Dans le chapitre 2, nous présentons le cadre conceptuel de la santé et du bien-être au travail dans le champ d'activités du *care* à domicile ainsi que les aspects relevant des conditions de travail des travailleuses du *care*.

Chapitre 2. Cadre conceptuel de la santé et du bien-être au travail

1. La santé et le bien-être des travailleuses du care : enjeu prioritaire de santé publique

Nos sociétés contemporaines sont en constante évolution. Elles rencontrent au cours du temps des périodes de transitions économiques, culturelles, environnementales, technologiques, démographiques, sociales et sanitaires. Dans ces contextes changeants, la préservation de la santé et du bien-être au travail fait l'objet de productions scientifiques importantes. Ces travaux scientifiques fournissent de nombreuses données probantes et des recommandations pour la mise en place de politiques générales et ciblées en termes de protection, de sécurité, de prévention et de promotion de la santé au travail.

Cependant, la santé et le bien-être au travail demeurent, aujourd'hui plus que jamais, un enjeu de santé publique de haute priorité.

En effet, d'une part, l'investissement des gouvernements dans la protection et l'amélioration de la santé et du bien-être des forces de travail comportent des bénéfices multiples : impact favorable sur la santé de l'ensemble des populations (Kortum, 2014), augmentation de la performance économique et amélioration de la satisfaction au travail, de la qualité des soins et du système de santé global (Organisation mondiale de la Santé & Organisation internationale du Travail, 2021).

D'autre part, la récente gestion de la pandémie du Covid-19 et l'exposition accrue aux risques professionnels ainsi qu'aux multiples conséquences pour le personnel de santé en général et le personnel du champ d'activités du care à domicile en particulier, ont révélé que la santé et le bien-être au travail ont représenté un domaine insuffisamment considéré en santé publique (Chan et al., 2020; Peters et al., 2022). Cette crise sanitaire a mis en exergue le fait que, pour délivrer des prestations de services de care et assurer des soins de qualité aux populations ayant des besoins de santé complexes et urgents, telles que pour les personnes âgées, la protection de la santé physique, la santé mentale, la sécurité et le bien-être des travailleuses du care à domicile, doit être considérée comme une priorité de santé publique (Søvold et al., 2021). Suite à ces constats, afin de renforcer les systèmes de santé dont les activités du care à domicile font partie intégrante, l'Organisation Mondiale de la Santé a réaffirmé la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes nationaux de protection de la santé et de la sécurité de tous les professionnels de santé, leur permettant d'exercer leur profession dans des conditions saines et sûres (World Health Organization, 2022).

Les travaux de Marmot et collaborateurs ont fourni de nombreuses preuves scientifiques démontrant que des conditions générales d'emploi et de travail défavorables sont considérées comme des déterminants majeurs qui nuisent à la santé des travailleurs et contribuent au gradient social de la santé ainsi qu'à la production d'inégalités sociales de santé (Marmot et al., 2008, 2012; Marmot & Bell, 2010).

Selon Kortum (2014), ces déterminants peuvent être regroupés en quatre catégories :

- a) les risques liés à l'environnement de travail de nature physique, chimique, biologique, ergonomique ou psychosociale, combinés ou non entre eux ;
- b) les pratiques et comportements non favorables à la santé liés à l'activité professionnelle elle-même, tels qu'un travail sédentaire, une négligence dans l'adoption d'équipement de protection ou une alimentation malsaine ;
- c) les facteurs sociaux, tels que le statut professionnel, les conditions d'emploi, le niveau de revenu, les inégalités perçues en fonction de caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, origine ethnique, etc.) ;
- d) l'accès aux services de santé, tels que les services de prévention ou de médecine du travail (Kortum, 2014).

Les travailleuses du *care* à domicile sont particulièrement exposées aux facteurs de risque liés à l'environnement de travail pouvant impacter tant leur santé et leur sécurité que celle des personnes auprès de qui elles délivrent leurs prestations de service. Dès lors, une recherche sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à l'aune d'un contexte sociétal aussi dynamique et bouleversant que *l'Ageing in place*, s'avère cruciale.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons particulièrement à **l'environnement psychosocial du travail** du champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile et plus spécifiquement d'un part, à **l'organisation de travail** et sa dimension relative à la 'demande' et d'autre part, à la **participation** des travailleuses du *care*, qui influence leur latitude décisionnelle.

2. Les modèles théoriques de santé au travail mobilisés

Il existe de nombreux modèles théoriques de santé au travail. Cette section développe les modèles et approches mobilisés dans le cadre de cette thèse, chacun proposant selon ses spécificités propres, les deux facteurs d'intérêts principaux qui nous intéressent : l'organisation de travail et la participation aux processus décisionnels.

2.1 Le modèle de stress au travail *Job Demand-Control-Support*

Robert Karasek a développé en 1979 un modèle théorique de stress au travail dénommé « *Job Demand-Control* » (JD-C) qui permet de prédire les facteurs de stress professionnels communément appelés « *Job strain* » (charge ou pression mentale liée au travail) à partir de deux dimensions-clés qui relient l'individu et son environnement de travail (Karasek, 1979).

La première est le « *Job Demand* », c'est-à-dire les demandes (ou exigences) quantitatives provenant de l'organisation de travail (par exemple : la surcharge de travail ou l'intensification des rythmes de travail) ou des demandes psychologiques (par exemple dues à la complexité des tâches). Dans ce cas-ci, plus la demande est élevée, plus le stress augmente et peut engendrer, selon Kivimäki des risques de maladies cardiovasculaires (Kivimäki et al., 2012).

La deuxième dimension concerne le « *Job Control* », c'est-à-dire la latitude décisionnelle ou le contrôle sur le travail qui se traduit par le degré de liberté et d'autonomie dont disposent les travailleurs sur l'accomplissement des activités quotidiennes, au niveau du contenu de leur travail ainsi que sur l'utilisation de leurs compétences (Karasek, 1979). Selon l'auteur, si le travailleur a un niveau élevé d'autonomie, cela aura un effet bénéfique sur sa santé mentale. Son modèle théorique *Job Demand-Control* est représenté dans la figure 1 ci-dessous.

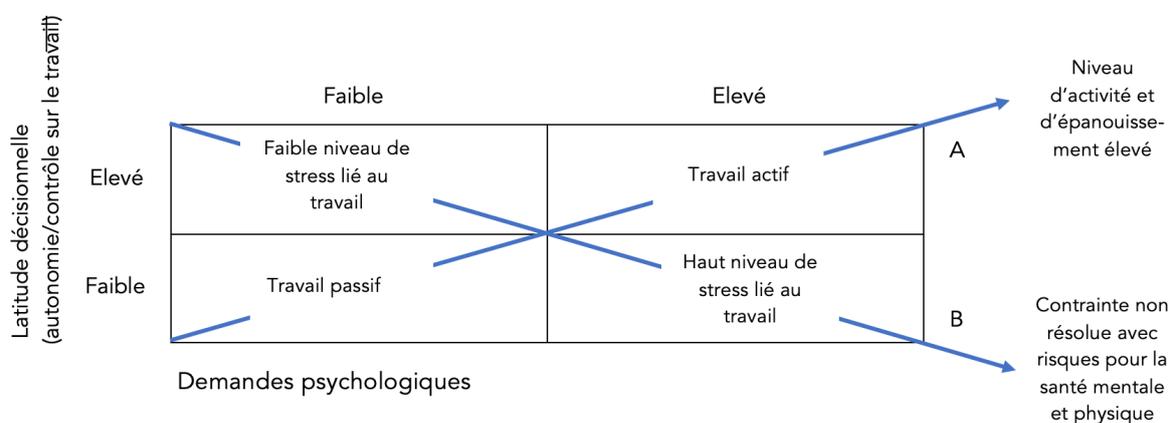


Figure 1 *Job Demand-Control Model* (Karasek, 1979)

Ce modèle décrit dans l'article *princeps* (Karasek, 1979) quatre situations différentes résultant de l'association des deux dimensions selon leur degré et représentées dans les quadrants de la façon suivante :

- lorsque la latitude décisionnelle et les exigences professionnelles sont simultanément faibles, il en résulte un travail dit « passif » pouvant générer de l'ennui, une baisse de motivation pour les travailleurs et impacter la santé mentale des travailleurs ;
- lorsque la latitude décisionnelle et les exigences professionnelles sont simultanément élevées, il en résulte un travail dit « actif », stimulant mais accompagné d'une pression augmentée ;
- lorsque la latitude décisionnelle est élevée et les exigences professionnelles faibles, il en résulte un niveau de stress professionnel bas et des travailleurs plus détendus ;
- lorsque la latitude décisionnelle est faible et les exigences professionnelles élevées, il en résulte un niveau de stress professionnel qui augmente et un impact négatif sur la santé mentale des travailleurs.

La figure est également entrecoupée de deux diagonales représentant d'une part, une augmentation du niveau d'activité et d'épanouissement professionnel à mesure que la latitude décisionnelle augmente (diagonal A) ; et d'autre part, la faible capacité à résoudre des contraintes et le risque accru pour la santé mentale et physique à mesure que la pression augmente et que la latitude décisionnelle diminue (diagonal B). En d'autres termes, pour Karasek, au plus le stress lié au travail augmente, au moins les travailleurs ont des capacités à résoudre les contraintes, tels que pour les aides-soignantes. Par ailleurs, au plus le travail est rendu actif, au plus il est épanouissant et offre des possibilités de développer ses compétences, comme pour les professions intellectuelles ou scientifiques (Karasek, 1979).

Dans une version revisitée et augmentée du modèle, le « *Job Demand-Control-Support* » (JD-CS) produit par Karasek & Theorell (1990), une troisième dimension-clé, le soutien social est intégré en tant que deuxième modérateur dans la relation entre la demande et la latitude décisionnelle. Ce modèle suggère quatre configurations allant de la plus favorable à la plus défavorable. Les deux situations contrastées sont les suivantes : le groupe des travailleurs disposant d'une haute latitude décisionnelle, de faibles demandes liées au travail et d'un bon soutien social, auront moins de risques pour leur santé que le groupe ayant des demandes élevées, une latitude décisionnelle faible et peu voire pas de soutien social des collègues ou de la hiérarchie. Ces derniers, appelés « *iso-strain* » (très isolés au travail) sont plus exposés au stress et aux risques négatifs sur leur santé physique et mentale (Johnson & Hall, 1988; Karasek & Theorell, 1990).

Le modèle *Job Demand-Control* de Karasek est considéré comme une référence dans la littérature en psychologie, en santé publique, en épidémiologie et en médecine (l'article *princeps* est cité 19 139 fois sur Google Scholar à l'heure d'écrire ces lignes) et il continue d'inspirer de nombreuses études sur les risques psychosociaux. Toutefois, il n'est pas exempt de limites et est notamment considéré par Bakker & Demerouti comme statique, car il n'exploite que certaines variables, n'inclue pas d'autres facteurs psychosociaux d'importance équilibrée et n'est pas adaptable pour tout type d'activités professionnelles (Bakker & Demerouti, 2007).

Malgré ces quelques limites, nous le mobilisons dans le cadre de notre recherche pour le tester dans le champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, et pour analyser l'association entre les exigences professionnelles de ce champ d'activités et le niveau de latitude décisionnelle des travailleuses du *care* ainsi que leur impact sur la santé physique et mentale.

Par ailleurs, il faut noter que ce modèle exploite une dimension restreinte de la participation aux processus décisionnels à travers la « latitude décisionnelle », cette dimension ne concernant que le contenu de travail et non les aspects organisationnels de travail ou stratégiques. Outre la latitude décisionnelle, notre recherche s'intéresse particulièrement à la participation organisationnelle et stratégique, en tant que facteur protecteur et ressource pour préserver la santé et le bien-être des travailleuses du *care*.

C'est la raison pour laquelle, le modèle JD-C de Karasek sera articulé avec le modèle « *Job Demand-Resource* » (JD-R) de Bakker et Demerouti, qui prend davantage en considération la dimension « ressource » que nous développons dans le point suivant.

2.2 Le modèle *Job Demand-Resource*

Le modèle *Job Demand-Resource* de Bakker et Demerouti est un modèle d'analyse psychosociale considérant que certains facteurs organisationnels, tels que l'autonomie décisionnelle ou le soutien social, devraient être considérés comme des ressources professionnelles, lesquelles, en modérant l'effet des exigences du travail, deviennent bénéfiques pour la santé des travailleurs (Bakker & Demerouti, 2007). Les auteurs définissent les ressources professionnelles comme « *les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui peuvent soit être fonctionnels pour atteindre les objectifs du travail, réduire les exigences du travail et les coûts physiologiques et psychologiques qui y sont associés ou encore, stimuler la croissance personnelle, l'apprentissage et le développement* » (Bakker & Demerouti, 2007).

Plus précisément, ce modèle identifie deux processus psychologiques interdépendants susceptibles d'avoir un impact sur la santé des travailleurs : d'un côté, les exigences professionnelles excessives et prolongées conduiraient à l'épuisement professionnel et à une mauvaise santé ; de l'autre, les ressources professionnelles favoriseraient une dynamique de motivation conduisant à l'engagement des travailleurs (Lesener et al., 2019). Cependant, outre leur effet bénéfique en soi, les ressources professionnelles peuvent également agir comme un « *buffer* » (un élément tampon) contre l'impact négatif des exigences professionnelles sur la santé et le bien-être des travailleurs. La figure 2 représente les différentes interactions entre les dimensions.

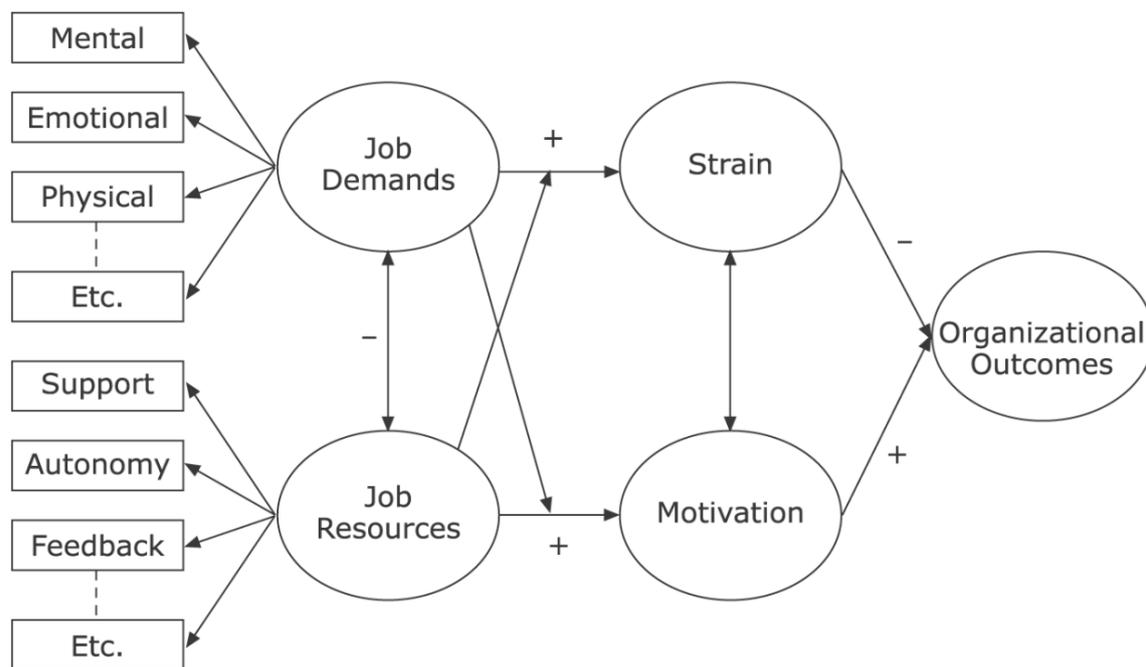


Figure 2. *Job Demand-Resource Model* (Bakker & Demerouti, 2007)

Ce modèle définit deux processus interactifs. D'une part, lorsque les exigences professionnelles (psychologiques, émotionnelles ou physiques) sont élevées, le stress augmente, ce qui engendre des résultats défavorables pour l'organisation. Cette relation est modérée par les ressources professionnelles (le soutien social, l'autonomie, l'évaluation positive, etc.), ce qui signifie que l'impact négatif engendré par les exigences élevées est moins intense lorsque les travailleurs disposent de ressources professionnelles. D'autre part, lorsque les ressources professionnelles sont élevées, la motivation des travailleurs augmente et cela engendre une amélioration des résultats pour l'organisation. Cette relation est également modérée par des exigences fortes. Cela signifie que la motivation au travail, engendrée par la présence de ressources, est atténuée en raison des exigences professionnelles intenses (Bakker & Demerouti, 2007).

Le modèle JD-R a été appliqué avec succès dans les activités du *care* à domicile en 2003. En effet, Bakker et al. ont montré qu'une forte demande de travail prédisait l'épuisement professionnel et que des ressources telles que l'autonomie et le soutien social étaient positivement associés à l'efficacité au travail dans quatre organisations de soins à domicile (Bakker et al., 2003).

Ce modèle a été testé dans plusieurs études mais rares sont celles qui ont analysé la participation aux processus décisionnels des travailleurs aux niveaux organisationnel et stratégique, comme une ressource professionnelle, en particulier dans le champ d'activité du *care* à domicile.

Nous nous appuyons également sur le modèle *Job Demand-Resource* de Bakker et Demerouti dans le cadre de cette recherche afin d'analyser, en complément du *Job Demand-Control-Support* de Karasek & Theorell, les interactions possibles de la participation des travailleuses du *care* en tant que ressource sur une association entre la santé des travailleuses et une organisation de travail exigeante et son association avec l'engagement au travail dans le contexte pressant d'*Ageing in place*.

Enfin, en vue d'aborder les démarches participatives dans le milieu professionnel, nous exploitons dans cette recherche l'approche de « Promotion de la santé au travail » décrite dans le point suivant. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un modèle théorique de santé au travail *stricto sensu*, cette approche propose des éléments intéressants à mobiliser que les modèles décrits ci-dessus ne prennent pas en considération, à savoir la participation et l'*empowerment* des travailleuses.

2.3 L'approche de « Promotion de la santé au travail » : un levier insuffisamment exploré

La « promotion de la santé » se définit comme un « *processus qui confère aux populations les moyens d'accroître la maîtrise de leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (WHO, 1986). Elle s'inscrit pleinement dans une logique participative et d'*empowerment* des individus (Wallerstein, 2006), visant à renforcer leur pouvoir d'agir, de s'exprimer, de choisir, et *a fortiori* de décider. Fort développée en sciences de la santé publique depuis les années 80 et traditionnellement plus investie dans des projets de santé communautaire avec les populations locales (habitants, citoyens, patients, etc.), la « promotion de la santé » prône une vision holistique de la santé, ancrée dans la réalité et le vécu des personnes concernées. Cette approche propose un cadre opérationnel pour intervenir sur les déterminants sociaux non médicaux, qui influencent la santé et le bien-être physique, psychique et social des individus, le travail et ses composantes étant considéré comme un déterminant majeur de la santé. Ce cadre est constitué de cinq stratégies d'action

décrites dans la Charte d'Ottawa : 1) l'élaboration de politiques publiques saines par l'intégration des questions de santé dans tous les domaines ; 2) la création d'environnements favorables à la santé, tels que des milieux professionnels sains et sécurisés ; 3) le renforcement de l'action communautaire par des démarches collectives et participatives ; 4) le développement d'aptitudes et de compétences individuelles et 5) la réorientation des services de santé (WHO, 1986).

De cette approche globale de promotion de la santé, naît la **Promotion de la santé au travail** '*Workplace health promotion*' comme application concrète de ces axes stratégiques. Elle est définie par le Réseau européen de promotion de la santé au travail '*The European Network for Workplace Health Promotion*' (ENWHP), comme suit :

« L'ensemble des efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, de la promotion de la participation active, et de l'encouragement du développement personnel » (ENWHP, 2007).

Cette définition replace davantage la vision de la promotion de la santé au travail comme une approche globale et participative dépassant les programmes de prévention des facteurs de risques au niveau individuel pour viser des programmes globaux basés sur le contexte (Noblet & Lamontage, 2006). En effet, au-delà des démarches classiques d'analyse des risques psychosociaux, de sécurité, de prévention et de protection de la santé au travail par leur versant biomédical et ergonomique, l'intérêt de la promotion de la santé au travail dans son versant systémique commence à émerger dans les organisations. En ce sens, un rapport de la Fondation Roi Baudouin (2017) décrit de nombreuses études ayant démontré les effets potentiels et favorables de la promotion de la santé au travail : elle permettrait d'une part, de réguler des problèmes organisationnels impactant la santé et le bien-être des travailleurs et d'autre part, de générer des effets bénéfiques pour l'entreprise tels qu'une diminution de l'absentéisme, un faible *turnover*, la production de meilleures performances et productivités ainsi qu'une image positive de l'entreprise (Bingen et al., 2017).

L'examen de la littérature scientifique montre que la plupart des programmes de promotion de la santé au travail déployés au sein des organisations, se concentrent principalement sur des interventions visant à encourager les travailleurs à adopter des comportements sains au niveau individuel sur leur lieu de travail telles que des initiatives liées à l'activité physique, l'alimentation saine ou encore, l'arrêt du tabagisme ou de l'alcool (Stiehl et al., 2018; Lier et al., 2019). Ce type de programme est également retrouvé dans les activités des soins de longue durée (Muramatsu et al., 2017).

Cependant, l'approche de Promotion de la santé au travail dépasse largement ce type d'interventions et comporte plusieurs stratégies d'action à différents niveaux. En ce sens, l'organisation mondiale de la santé a développé en 2010 le « *WHO healthy workplace model* », un modèle de promotion de la santé au travail structuré en quatre domaines d'action : l'environnement de travail physique, psychosocial, les ressources personnelles en matière de santé et l'implication de l'entreprise dans la communauté. Il promeut des processus d'amélioration continue par des stratégies globales de mobilisation et d'implication des travailleurs et acteurs de l'entreprise permettant de créer un environnement professionnel favorable à la santé (WHO, 2010 ; Kortum 2014). Au niveau européen, le *European Network for Workplace Health Promotion* opérationnalise ces recommandations de l'OMS, notamment en identifiant et en diffusant les bonnes pratiques de promotion de la santé au travail, en réalisant des recherches et en développant des formations (ENWHP, 2007). Ce réseau européen entend ainsi favoriser le transfert de connaissances produites à travers plus de 250 études de cas dans des organisations européennes (ENWHP, 2018). D'un point de vue plus macro, l'ENWHP encourage, à travers sa déclaration et son cadre opératoire, la création de réseaux de lieux de travail sains, de partenariats avec des organismes de coordination de santé au travail, et le développement de politiques favorables de santé dans toutes les décisions, ainsi que des approches impliquant des démarches interdisciplinaires et l'implication de tous les acteurs des organisations (ENWHP, 2007).

Au niveau des organisations, Chu et al. (2000) décrivent quatre stratégies favorisant la réussite de programmes de promotion de la santé au travail : la participation des travailleurs dans toutes les phases du processus, la gestion de projets orientés vers un cycle de résolution de problèmes (de l'analyse des besoins à l'évaluation), l'intégration d'un programme dans la gestion quotidienne des activités ainsi que dans les plans politiques de l'organisation et enfin des mesures intégrales visant à la fois l'individu et l'environnement de travail dans tous les domaines (Chu et al., 2000).

L'une de ces stratégies de promotion de la santé au travail qui nous intéresse spécifiquement est le développement d'initiatives managériales qui favorisent la prise de décisions et de responsabilités par le personnel de terrain par rapport aux structures et aux processus de travail ainsi qu'à la contribution d'un environnement de travail sain à travers une démarche participative directe (Meggeneder, 2007). C'est particulièrement cette stratégie « participative » de l'approche de promotion de la santé au travail très peu documentée, que nous envisageons d'étudier et de mettre à l'épreuve dans le cadre de cette thèse.

En effet, à notre connaissance, la participation aux processus décisionnels des travailleurs et son impact sur la santé est une problématique scientifique qui n'a reçu que très peu d'attention de la part des chercheurs et qui n'a jamais été étudiée dans le champ d'activités du *care* et des services de l'aide et des soins à domicile.

Afin de combler ces lacunes dans la littérature en santé publique, notre recherche se base sur ces modèles théoriques, ainsi que sur l'approche de promotion de la santé au travail pour analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

3. Etat de l'art sur les conditions de travail des travailleuses du *care*

Le champ d'activités du *care* à domicile est réputé pour ses conditions de travail difficiles et est documenté dans la littérature scientifique comme comportant de nombreux facteurs de risques professionnels (Dussuet, 2013; Van Daele et al., 2006). Ces derniers peuvent causer du stress chronique (George et al., 2017), des problèmes de santé mentale (Denton et al., 2002), ou de santé physique tels que des troubles musculosquelettiques (Brulin et al., 2000; Lundberg & Gerdle, 2017).

Plusieurs auteurs ont rapporté différentes formes de pénibilités liées au contenu et à l'environnement de travail. D'une part, les travailleuses du *care* à domicile sont exposées à des contraintes physiques dues à l'effort exigé en manutention pour certaines activités d'aide à la vie journalière des personnes âgées (soutien au déplacement, adoption de postures pénibles, position debout sur une longue durée, tâches manuelles complexes, déplacement de meubles, portage de charges lourdes, etc.). D'autre part, l'environnement de travail singulier de ces métiers au domicile expose les travailleuses à une multitude de risques et de pénibilités physiques lors des prestations de services en raison de l'insalubrité de certains logements, l'exiguïté des espaces, la présence d'animaux, une ergonomie et un équipement inadéquats ou à des risques liés aux trajets quotidiens entre les domiciles à réaliser sous pression temporelle (Avril, 2006; Devetter et al., 2012).

Par ailleurs, outre les pénibilités physiques, les travailleuses du *care* sont confrontées à des contraintes psychologiques et émotionnelles intrinsèquement liées au caractère relationnel du métier et au contact direct d'un public de grande vulnérabilité composé de personnes (très) âgées ayant un état de santé physique et psychique fragile (Avril, 2006; Brolis & Nyssens, 2015; Devetter et al., 2012). En effet, les exigences émotionnelles dans ce travail sont multiples (relations avec les personnes âgées, la famille et les responsables de l'organisation), surajoutées à d'autres dimensions organisationnelles telles que les contraintes horaires ou les besoins de formation continue pour répondre aux mieux aux demandes de plus en plus complexes des personnes âgées. Ces facteurs peuvent avoir un impact sur le bien-être émotionnel des travailleuses du *care* et affecter leur confiance, leur

contrôle, leur bonheur et leur capacité à faire face à leur vie personnelle et professionnelle (Franzosa et al., 2019).

La littérature décrit également une série de facteurs de risques psychosociaux liés à la fois au contenu du travail et au caractère invisible des activités réalisées (Molinier, 2011), et à la fois à l'organisation de travail tels que l'autonomie dans la gestion des tâches et l'intensité des rythmes de travail par rapport au temps imparti. Ceci conduit à un temps de travail supplémentaire non rémunéré, impactant l'horaire des autres prestations de la journée et engendrant du stress (Dussuet, 2013). De plus, le fractionnement des horaires, la multiplicité des prestations quotidiennes et la difficulté liés aux trajets constituent des facteurs de risques organisationnels qui engendrent stress et épuisement professionnel (Strandell, 2020).

La qualité d'emploi dans les métiers du *care* est également défavorable (Cresson & Gadrey, 2004) en raison notamment de la flexibilité horaire exigée pour répondre aux demandes des bénéficiaires (Dussuet, 2005), du décalage entre le travail prescrit et l'exécution du travail réel (Devetter & Messaoudi, 2013; Doniol-Shaw & Lada, 2011), de la faible valorisation salariale (Devetter et al., 2012), de l'instabilité d'emploi ainsi que du manque de reconnaissance sociale des métiers du *care* à faible qualification (Conseil supérieur de l'emploi, 2021; Molinier, 2011).

En Belgique, une enquête sur les conditions de travail des travailleuses de l'aide à domicile a été réalisée de 2003 à 2006, l'étude Proxima. Les résultats présentaient des conditions de travail difficiles et des risques professionnels impactant la santé physique et mentale des travailleuses du *care*, liés aux contraintes physiques, à l'environnement de travail, au caractère relationnel des métiers et à l'organisation de travail (Van Daele et al., 2006).

Notre recherche vise à actualiser les données sur les conditions de travail et l'état de santé des travailleuses du *care* aux personnes âgées en Wallonie, au vu du contexte socio-politique d'*Ageing in place* et de la dynamique d'innovations qui se déploie dans le champ d'activités du *care* à domicile.

4. Les facteurs de risques psychosociaux

Il n'existe pas de consensus scientifique sur la définition de « facteurs de risques psychosociaux » tant ce concept est décrit et opérationnalisé sur base des théories propres aux différentes disciplines scientifiques qui le mobilisent (épidémiologie, psychologie et psychiatrie, ergonomie, médecine du travail, sociologie, gestion, économie, droit, médecine). Considérant cela, Gollac & Bodier proposent de définir les facteurs de risques psychosociaux comme des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs*

organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Gollac & Bodier, 2011 : p 30).

Cette définition nous semble pertinente au vu des activités du *care* à domicile que nous étudions, car elle allie les dimensions organisationnelles et relationnelles du travail, ainsi que les conditions d'emploi, pouvant être sources de pénibilités physiques, psychiques et émotionnelles pour les travailleuses du *care*, comme vu précédemment.

Pour spécifier davantage cette définition, nous nous référons aux cinq catégories de facteurs de risques psychosociaux décrites dans le Code belge de la loi sur le bien-être au travail (Flohimont et al., 2013; SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2017), à savoir :

- L'organisation de travail : c'est la manière dont les tâches sont structurées et réparties au sein de l'entreprise ainsi que les relations d'autorité visant à mettre en œuvre ses objectifs. Il s'agit, par exemple des procédures de travail, de l'autonomie des travailleurs ou de la communication.
- Les conditions de travail : ce sont les paramètres qui influencent l'exécution du travail, tels que le type d'horaire, de contrat, la rémunération, les possibilités de formation ou d'aménagement du temps de travail.
- Le contenu du travail : il concerne le type de profession, la nature des tâches et les caractéristiques des activités effectuées, tels que le rythme et la charge de travail. Il s'agit également de la participation aux prises de décision ou le contrôle sur le travail.
- Les conditions de vie au travail : il s'agit de l'environnement physique dans lequel le travail est réalisé, l'aménagement des lieux, les équipements et l'ergonomie.
- Les relations interpersonnelles au travail : elles concernent les rapports sociaux entre travailleurs, entre le travailleur et la hiérarchie (type de management), entre collègues ou les relations avec les tiers (par exemple : les bénéficiaires).

Cette catégorisation a le mérite de structurer les types de facteurs de risques psychosociaux pouvant engendrer des troubles physiques ou psychiques chez les travailleuses du *care*. Cependant, il est nécessaire de préciser qu'à l'opposé, ces facteurs peuvent également constituer des facteurs protecteurs de la santé des travailleuses lorsque les organisations y prêtent une attention accrue et développent des mécanismes de prévention et de promotion de la santé au travail.

En effet, les nombreuses études basées sur le modèle de Karasek et Theorell, ainsi que celui de Bakker et Demerouti ont démontré les effets néfastes ou bénéfiques sur la santé mentale et physique des travailleurs, selon que les demandes

psychologiques soit élevées ou faibles et atténuées ou non par le degré d'autonomie des travailleurs ou le support social.

A ce titre, la dénomination systématique de ces catégories codifiées en tant que facteurs de risques psychosociaux ne nous semble pas appropriée mais reste opérationnalisable pour des recherches scientifiques.

Dès lors, sous réserve de cette précaution terminologique, nous nous y référons en tant que facteurs de risques psychosociaux pour définir notre cadre théorique et concentrons notre recherche sur la première catégorie relative à « l'organisation de travail ». S'appuyant sur les deux cadres théoriques fondamentaux définis plus haut, que sont les modèles *Job Demand-Control-Support* et *Job Demand-Resource*, notre recherche se concentre sur deux facteurs organisationnels spécifiques : **l'organisation exigeante du travail** et **la participation aux processus décisionnels**, et leur impact sur la santé et le bien-être des travailleuses du care.

5. L'organisation de travail et l'impact de son degré d'exigence sur la santé

L'organisation de travail est considérée comme un déterminant significatif impactant la santé et le bien-être des travailleurs dans la littérature scientifique (Coupaud, 2017; Marmot et al., 2012). Elle est définie par DeJoy et al. (2010) comme « *la façon dont les processus de travail sont structurés et gérés, tels que la conception des tâches, la planification horaire, le management, les caractéristiques organisationnelles, les politiques et les procédures* » (DeJoy et al., 2010: p 140). Les risques psychosociaux qui découlent d'une organisation de travail exigeante sont de nature différente et peuvent se traduire par une intensité des rythmes de travail ou un temps de réalisation du travail qui serait problématique (Eurofound et al., 2022).

L'exposition à ces risques touche un large spectre de travailleurs et constitue une réelle préoccupation de santé publique. En effet, le dernier rapport sur les conditions de travail d'Eurofound, basé sur les données de 2021, montre qu'en fonction des pays européens et des activités professionnelles, entre 27% et 63% des travailleurs sont soumis à des vitesses de travail élevées, pouvant avoir des effets néfastes sur leur santé. En Belgique, 43% des travailleurs y sont exposés et 50% d'entre eux doivent réaliser leurs tâches dans des délais serrés pour tous les types d'activités. Ce sont en particulier les travailleuses des soins de santé y compris le personnel de l'aide et des soins à domicile, qui sont confrontés à des niveaux plus élevés d'intensité du travail (Eurofound et al., 2022).

Le rythme de travail (intensité, vitesse, cadence) et la charge de travail (quantité et qualité) font partie des risques appelés « demandes » ou « exigences quantitatives »,

l'une des dimensions principales du modèle *Job Demand-Control* de Karasek, qui peuvent engendrer des conséquences néfastes sur la santé des travailleurs.

Il existe une longue tradition de recherches scientifiques qui ont démontré que des demandes quantitatives élevées impactent négativement la santé et le bien-être physique, mental et émotionnel des travailleurs. En effet, certaines études ont montré que la prestation de services durant de longues heures de travail et une charge de travail élevée augmentent le risque de développer des accidents vasculaires cérébraux (Kivimäki et al., 2015). La méta-analyse de Bowling (2015) indique qu'une charge de travail accrue a des effets négatifs sur le bien-être mental, la tension, la santé globale et engendre des symptômes physiques et un épuisement émotionnel (Bowling et al., 2015). De plus, les exigences physiques du travail constituent un facteur de risque important pour le développement de troubles musculosquelettiques (Kim et al., 2010).

Dans le domaine du *care* à domicile, quelques études commencent à émerger. Selon Strandell (2020), l'intensification du travail dans le champ d'activités du *care* à domicile, s'est accrue au fil du temps et les conditions de travail se sont détériorées. En effet, les travailleuses du *care* à domicile sont confrontées à d'importantes pressions organisationnelles pour répondre aux demandes croissantes de *care* devenues progressivement plus complexes. Cette situation a un impact sur leur santé physique et mentale, comme l'ont démontré Sayin et al. (2021) dont l'étude a prouvé que l'intensification du travail est significativement associée au stress (Sayin et al., 2021).

Dans le cadre de notre recherche, nous employons le concept d'« **organisation de travail exigeante** » (en anglais « *Demanding work organisation* ») pour nous référer aux circonstances dans lesquelles l'organisation du travail se traduit par une intensification de la charge et du rythme de travail. Face à une organisation de travail exigeante élevée, un haut niveau de latitude décisionnelle des travailleurs et un bon soutien social (Karasek & Theorell, 1990) peuvent contribuer à en réduire les effets négatifs sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care*. Dans la lignée de ces modèles (JD-C et JD-CS), le modèle JD-R de Bakker et Demerouti suggère que certains facteurs organisationnels considérés comme des ressources professionnelles, peuvent modérer l'effet négatif des exigences du travail et être bénéfiques pour la santé et la motivation des travailleuses (Bakker & Demerouti, 2007). Appliquée dans les activités du *care* à domicile en 2003 par Bakker et al., l'étude a montré qu'une forte demande de travail était prédictive de l'épuisement professionnel et que des ressources telles que l'autonomie et le soutien social étaient positivement associées à l'efficacité professionnelle dans quatre organisations de soins à domicile (Bakker et al. 2003).

Nous souhaitons nous appuyer sur ce même modèle en l'éprouvant dans le champ d'activités du *care* à domicile en Wallonie, pour analyser l'impact d'une organisation de travail exigeante et celui de la participation aux processus décisionnels en tant que ressource organisationnelle, sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care*. Dès lors, nous réservons une partie importante dans ce chapitre pour définir le cadre conceptuel et opérationnel de la participation aux processus décisionnels dans la section suivante.

6. La participation aux processus décisionnels à l'aune de la latitude décisionnelle

6.1 Les enjeux de la participation : intérêts et lacunes en recherche

Depuis de nombreuses décennies, en particulier après l'ère de la division du travail et du taylorisme dans les années 60 et 70, la participation des travailleurs aux processus décisionnels a suscité un vif intérêt des acteurs de terrain, des organisations et des scientifiques. Nombreuses sont les disciplines qui en ont fait un objet de recherche, qu'il s'agisse des sciences de la gestion des ressources humaines, des sciences du travail et des organisations, des sciences économiques, des sciences sociales et humaines ou des sciences psychologiques (Anthony, 2004; Chevalier & Trepo, 1986; Cotton, 1993; Cox et al., 2006; Getz, 2009; Gilbert et al., 2017; Heller & Yuki, 1969; Kivimäki et al., 2015; Laloux, 2015; Laville, 1990; Liverpool, 1990; Martin, 1989; Sainsaulieu et al., 1982; Wierdsma, 1998).

Au cours du temps, les études scientifiques vont se multiplier et proposer des modèles théoriques démontrant l'impact de la participation aux décisions sur la performance et la productivité des travailleurs en entreprise (Appelbaum & Batt, 1994) ou sur la satisfaction au travail (Pacheco & Webber, 2016).

Les chercheurs en santé publique, en épidémiologie et en psychologie de la santé au travail ne sont pas en marge du développement des connaissances sur les enjeux de la participation au travail. Cependant, ils ont principalement étudié l'impact de la latitude décisionnelle des travailleurs sur leur santé et leur bien-être – impliquant le niveau individuel et restreint au contenu du travail – et n'incluant pas les formes d'ordre organisationnel de travail ou stratégique relevant de la définition des objectifs de production. Notre thèse s'intéresse aux trois niveaux de participation décrits dans le rapport de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail : la participation stratégique, la participation organisationnelle et la participation sur les tâches discrétionnaires (autrement dit la latitude décisionnelle) (Gallie et al., 2013).

Afin de fournir plus de clarté, nous qualifions la participation limitée à la latitude décisionnelle de 'sens restreint de la participation' et la participation incluant les trois niveaux de 'sens global de la participation'.

En promotion de la santé au travail, la notion de participation des travailleurs au niveau organisationnel et stratégique au-delà de la latitude décisionnelle sur le contenu du travail, est centrale. Cette participation au sens global, est considérée comme un levier efficace d'amélioration de la santé des travailleurs, car elle favorise le développement de leur pouvoir d'agir et les rend davantage acteurs de leur santé dans les milieux professionnels où ils évoluent (Bingen et al., 2017).

Cependant, les travaux scientifiques analysant l'impact de la participation des travailleurs aux décisions organisationnelles et institutionnelles, sur leur santé et leur bien-être sont peu nombreux en comparaison des études sur la latitude décisionnelle. En effet, l'examen de la littérature a permis de relever quelques rares études qui démontrent l'effet protecteur de la participation au niveau organisationnel sur la santé des travailleurs. Par exemple, la revue systématique d'Egan et al (2007) montre que certaines interventions telles que la participation des travailleurs à la planification des horaires de travail ou la mise en place de réunions hebdomadaires dédiées à la résolution de problèmes liés aux conditions de travail, impliquant des responsables et travailleurs avec l'intervention d'un consultant externe, peuvent être bénéfiques pour la santé mentale des salariés. Cependant, sur les 18 études incluses dans cette revue systématique, aucune d'entre elles n'a été réalisée dans le champ d'activités du *care* à domicile (Egan et al., 2007).

Les chercheurs d'Eurofound ont évalué l'évolution des modes d'organisation du travail dans l'UE27 et ont étudié le potentiel bénéfique de la participation aux processus décisionnels, en distinguant l'effet des trois niveaux de participation des salariés. Les résultats montrent que la participation des salariés est associée à des niveaux plus élevés de bien-être psychologique et à une diminution significative des symptômes physiques dus au stress, ainsi qu'à une plus grande motivation à s'engager dans les tâches et à contribuer au développement de l'organisation (Gallie et al., 2013).

Cependant, certains auteurs mettent en garde contre le fait que la participation peut comporter des risques d'hyper-responsabilisation des travailleurs et impacter la santé psychologique. Kalleberg et al. (2009) ont ainsi décrit que la participation aux prises de décisions peut avoir des effets bénéfiques mais également négatifs sur la santé des travailleurs tels que l'augmentation de stress (Kalleberg et al., 2009).

Ainsi, la participation aux processus décisionnels pourrait donc être considérée comme un déterminant de la santé qui constitue soit un facteur protecteur, soit un

facteur de risques psychosociaux dans certains cas, mais la recherche scientifique dans ce domaine n'est pas très répandue non plus.

Afin de clarifier ces différentes formes de participation, nous présentons de façon critique dans les sections suivantes, leurs cadres théoriques respectifs, le continuum de la participation et une synthèse conceptuelle du sens global de la participation comprenant les trois niveaux que nous formulons dans la table 1 comme définition opérationnelle mobilisée dans cette thèse. Cette synthèse est représentée sous forme de schéma dans la figure 3 au décours du raisonnement qui a conduit à sa production.

6.2 La latitude décisionnelle : un degré de participation aux décisions restreint

Le concept de « latitude décisionnelle », *Job Control* en anglais selon Karasek (1979) est la forme de participation aux processus décisionnels dont le champ d'action est le plus restreint et limité à un niveau individuel. Définie comme « *le contrôle potentiel du travailleur sur ses tâches et sa conduite durant sa journée de travail* » (Karasek, 1979 : p 289-290, traduction libre), la latitude décisionnelle renvoie à la liberté d'action ou le degré l'autonomie et de contrôle que possède le travailleur sur l'exécution de ses tâches et des aspects pratiques relatifs au contenu du travail, ainsi que sur l'utilisation de ses compétences pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation.

Il ne s'agit donc pas d'une participation aux décisions relatives à l'organisation du travail (par exemple sur la planification horaire des prestations) mais du degré d'autonomie pour gérer son travail quotidien dans le cadre d'un temps et d'un horaire de travail définis et planifiés par les managers sans consultation des travailleurs. Comme nous l'avons vu précédemment dans l'organisation des services d'aide et de soins à domicile, les travailleuses du care sont supervisées par des encadrants (travailleurs sociaux ou infirmiers en santé communautaire) qui gèrent les équipes, définissent le plan d'aide des bénéficiaires de l'aide et des soins, établissent les horaires de travail ainsi que les activités à prester au domicile des personnes âgées (Dussuet, 2010). Elles disposent ainsi d'une marge de manœuvre qui se limite uniquement à l'exécution des tâches à réaliser à domicile.

Cette définition de la latitude décisionnelle est retenue pour notre recherche et constitue le premier niveau de participation de notre cadre conceptuel.

6.3 La participation directe : un levier sur les décisions organisationnelles et stratégiques

D'après Laville (1992), le concept de participation désigne « toute forme de gestion de la production de l'entreprise à laquelle prennent part ou sont associés les opérateurs » (Laville, 1990 : p 44) et se décline sous trois formes. La première est la « participation institutionnelle » ou encore appelée « participation représentative ou indirecte ». Il s'agit du pouvoir de négociation ou de codécision accordé aux salariés par le biais des représentants des travailleurs élus et les syndicats, qui négocient des accords avec la direction. La deuxième forme est la « participation organisationnelle » ou « participation directe » qui se traduit par un pouvoir exercé par les salariés eux-mêmes sans intermédiaires (des syndicats par exemple) pour des microdécisions concernant les activités liées au travail. Elle se concrétise par la collecte et le traitement collectif des informations via des dispositifs participatifs permanents tels que les réunions organisées à intervalles périodiques. Enfin, la troisième forme est la « participation culturelle » qui se manifeste par un processus de partage des décisions à travers les dispositifs de participation institutionnelle (indirecte) et de participation organisationnelle (directe) de façon complémentaire (Laville, 1990).

Cette définition de Laville est intéressante dans le cadre de cette recherche car elle permet de distinguer et de concilier la participation directe des travailleuses du care sur les aspects organisationnels du travail et la participation indirecte avec l'intervention des représentants des travailleurs ou des syndicats. En effet, la participation dite « indirecte » ou représentative des travailleurs mise en œuvre par le biais des organisations ou des délégations syndicales est une autre forme de participation qui s'opère dans les organes officiels de concertation sociale comme cela a été décrit dans le chapitre relative à l'organisation des services d'aide et de soins à domicile. Elle ne fait pas l'objet d'une attention soutenue dans le cadre de cette recherche mais sera incluse dans l'analyse car elle fait partie du système global qui contextualise notre travail de recherche.

La définition de la participation des travailleurs proposée par Eurofound fait référence à la « participation directe » des salariés et leur capacité à influencer directement les décisions qui affectent leur travail sur les trois niveaux de participation (Gallie et al., 2013). En effet, la participation directe – celle qui nous intéresse – permet aux travailleuses du care d'exprimer leurs avis sur les conditions d'exercice de leur travail et les conditions d'exposition à des facteurs de risques liés au travail. Elle peut se déployer selon différentes modalités pratiques, par exemple, à travers des espaces de rencontre formelle ou informelle, des réunions d'équipes ou des groupes de travail constitués de travailleurs volontaires (Melon & Bingen, 2020).

Afin de préciser davantage le concept de participation aux processus décisionnels sur le plan opérationnel, il est nécessaire d'aborder les formes concrètes de participation pouvant être mises en oeuvre dans les organisations. Le cadre théorique sur le continuum de participation décrit dans la section suivante est particulièrement éclairant à ce propos.

6.4 Le continuum de participation : un cadre structurant les formes de participation

La participation aux processus décisionnels peut prendre des formes pouvant être représentées dans un continuum de participation. L'article *principes* qui a posé les fondations de ce continuum spécifiquement pour les travailleurs est celui de Heller & Yuki (1969). Il est représenté sous forme d'une échelle à 5 degrés définissant les processus participatifs d'ordre comportemental et la manière dont les membres de la direction et le personnel encadrant partagent le pouvoir décisionnel avec les travailleurs (Figure 3), en partant du plus bas de degré de participation (1- « Décision sans explication ») au degré le plus haut (5- « Délégation »).

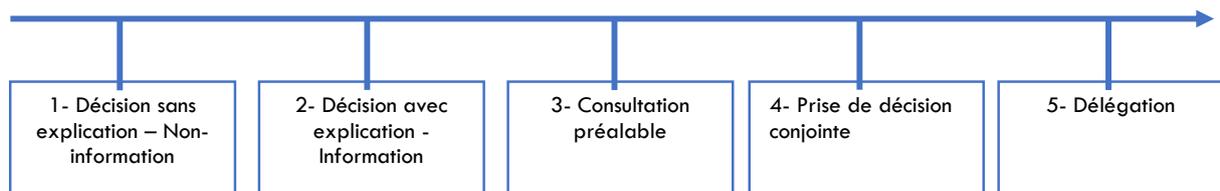


Figure 3. Continuum de la participation (Heller & Yuki, 1969)

Description du continuum (Heller & Yuki, 1969)

- 1- « La décision sans explication » : décisions prises par un manager sans consultation préalable de ses 'subordonnés' (= terme employé par les auteurs).
- 2- « La décision avec explication » : décisions prises sans consultation préalable des subordonnés mais avec une explication formelle post-décisionnelle des raisons de la décision fournie aux travailleurs.
- 3- « La consultation préalable » : décisions prises par le manager mais après consultation d'un ou plusieurs 'subordonnés'.
- 4- « La prise de décision conjointe » : processus de formation de consensus auquel un ou plusieurs 'subordonnés' participent et prise en considération de la position de la majorité.
- 5- « La délégation » : décisions que le manager permet à ses 'subordonnés' de prendre eux-mêmes.

Les deux premiers degrés de participation ne peuvent être réellement considérés comme une participation effective des travailleurs, car ils excluent la possibilité aux travailleurs de prendre part aux décisions. Ici, les managers ne se limitent qu'à fournir des informations relatives à des décisions édictées par des autorités supérieures. Le troisième degré « la consultation préalable » permet d'instaurer un dispositif d'expression des travailleurs et la possibilité de donner son avis sans pour autant garantir que les propositions de ces derniers soient suivies. Néanmoins, elles peuvent éclairer les décisions à prendre au niveau supérieur. Ce degré comporte l'avantage de créer à minima une brèche dans le dispositif décisionnel d'hierarchie classique pour y exposer le point de vue des travailleurs. Le quatrième degré participatif « la prise de décision conjointe » est un processus participatif effectif qui permet une réelle association aux prises de décision entre les travailleurs et les acteurs des paliers supérieurs et ce, dans la réflexion, l'analyse et l'identification des solutions, la gestion organisationnelle, la définition des objectifs, la conception de projets innovants et pour toute une série d'aspects relatifs au travail et à l'organisation. Enfin, le cinquième degré « la délégation », est une forme de participation permettant aux directions de remettre entre les mains des travailleurs, les aspects organisationnels afin de prendre les décisions, sans nécessairement recourir à une validation des autorités supérieures (Heller & Yuki, 1969).

En 1996, Kathleen Rest avait mis en évidence que le fait de fournir des informations aux travailleurs sur une nouvelle politique, une procédure ou un changement de processus de production lors de réunions d'équipe, même avant l'action, ou le fait solliciter les suggestions ou l'avis des travailleurs sur des décisions déjà en cours d'élaboration, ne constituent pas une forme réelle de participation des travailleurs, mais plutôt une participation « symbolique ». En revanche, une démarche qui implique les travailleurs sur des questions importantes liées à l'organisation et au travail, sur l'analyse de situations et la résolution de problèmes au sein d'un dispositif qui favorise l'échange, l'expression des points de vue et la négociation, dans une perspective partenariale, est considérée comme une véritable participation des travailleurs aux processus décisionnels qui pourraient impacter favorablement la santé et la sécurité des travailleurs (Rest, 1996).

Le continuum proposé par Heller & Yuki a le mérite de structurer les modes de participation ou de non-participation opérant dans une organisation. Cependant, il n'est pas établi qu'il est possible de passer d'un degré à l'autre de façon linéaire. En effet, un groupe de travailleurs peut tout à fait être sollicité pour donner son avis lors d'une situation donnée (degré 3) et être simplement informé de décisions prises sans consultation lors d'une autre situation (degré 1). Dès lors, nous considérons qu'il s'agit d'un cadre structurant qui distingue les formes de participation et non d'un continuum à proprement parler, cadre qui sera mobilisé dans cette thèse avec une approche critique, afin de caractériser dans une certaine mesure, les formes de participation où se situent les travailleuses du care du champ d'activités étudié.

6.5 Cadre conceptuel de la participation adapté à notre recherche

Au vu de ces éléments théoriques mobilisés dans le cadre cette thèse, nous proposons dans la Table 1, notre cadre conceptuel comportant une définition opérationnelle de la participation aux processus décisionnels adaptée à notre contexte, comportant les trois niveaux de participation définis par Eurofound (2013) et les 5 degrés participatifs du continuum d'Heller & Yuki (1969), ainsi qu'un schéma structurant l'ensemble de ces éléments conceptuels dans la Figure 3.

Table 1. Définition opérationnelle de la participation aux processus décisionnels

Notre définition opérationnelle de la participation aux processus décisionnels

La participation aux processus décisionnels se définit comme un processus par lequel les travailleuses du care ont la possibilité de participer ou d'être associées de manière directe aux décisions concernant leur travail et les modalités pratiques dont il est organisé et géré. Cette participation peut être mise en œuvre à trois niveaux :

1) **Le niveau micro « Contenu du travail »** relève de la latitude décisionnelle concernant les tâches discrétionnaires à réaliser au domicile des bénéficiaires en fonction du degré d'autonomie octroyé par la direction et les managers (exemple : l'ordre dans l'exécution des tâches).

2) **Le niveau méso « Organisation du travail »** concerne le pouvoir de décider de façon directe sur les aspects relatifs à l'organisation et l'environnement de travail (exemple : la planification horaire) ou les conditions d'exécution des activités professionnelles (exemple : la gestion des tournées de prestations).

3) **Le niveau macro « Définition des objectifs stratégiques »** relève d'un niveau plus « institutionnel » et concerne les décisions stratégiques relatives aux objectifs de production de services au sein de l'organisation (exemple : qualité et quantité des prestations quotidiennes, conception d'une innovation).

La participation aux processus décisionnels comporte cinq degrés d'application potentielle : 1- La non-information ; 2- L'information ; 3- La consultation ; 4- La décision conjointe ; 5- La délégation.

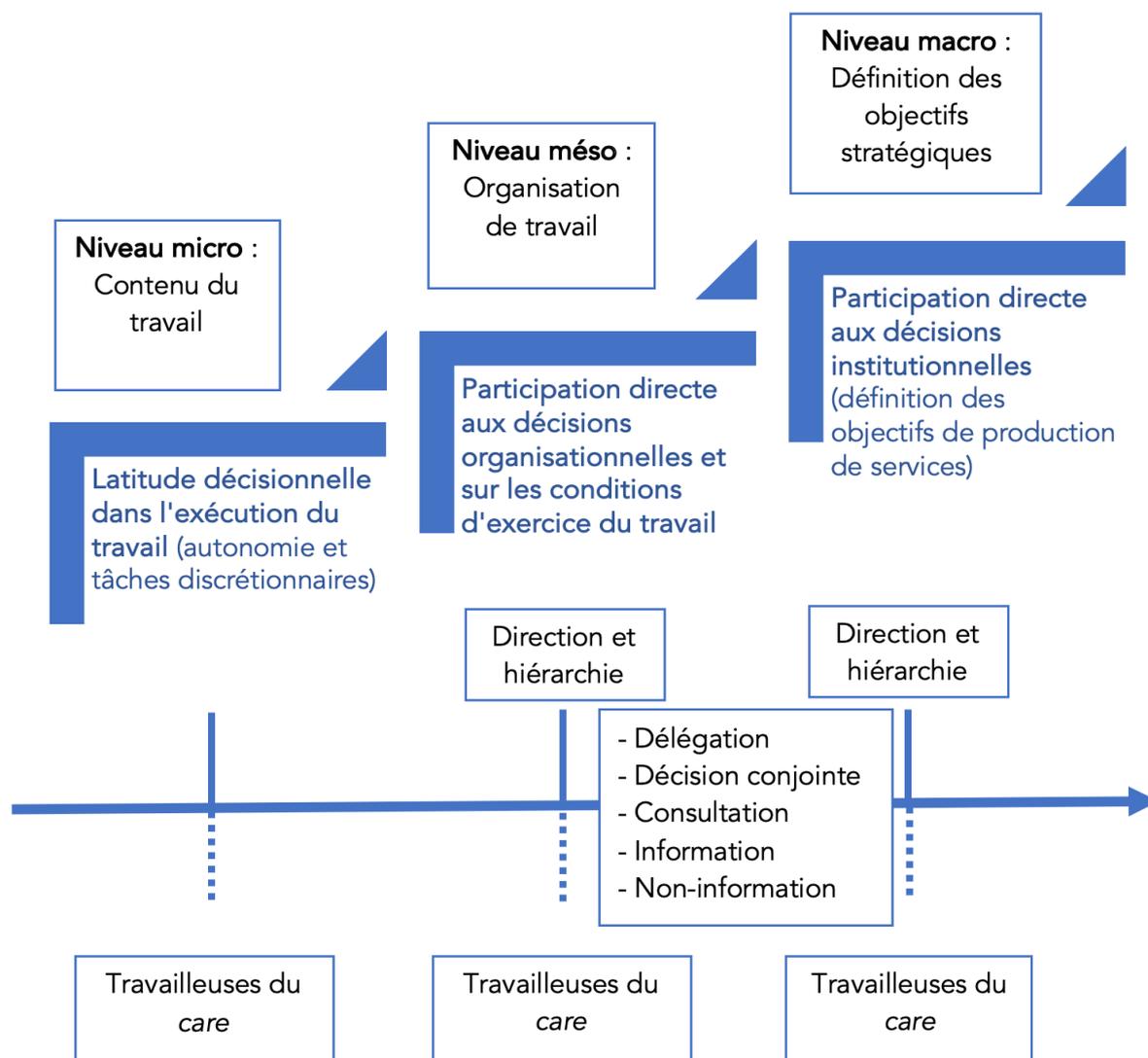


Figure 4. Cadre conceptuel des niveaux et degrés de participation

Ce cadre conceptuel nous permettra d'analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du care, dans le contexte socio-politique d'*Ageing in place* et dans un champ d'activités professionnelles et de services où le pouvoir décisionnel est généralement concentré vers le sommet de l'organisation.

Chapitre 3. Problématique, objectifs de recherche et structure de la thèse

Dans ce chapitre, nous présentons l'objectif global de la recherche et une synthèse de la problématique qui a conduit à la formulation de trois questions de recherche. Le cadre conceptuel général schématique repris en Figure 5, reprendra les axes principaux de la problématique issus des éléments énoncés dans les deux chapitres précédents. Enfin, la dernière section présentera un plan global structurant la thèse.

1. Synthèse de la problématique et cadre conceptuel

Le contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place* et les innovations qui émergent en réponse à l'évolution rapide des demandes du *care* des personnes âgées offrent l'occasion d'étudier les transformations des conditions et d'organisation de travail dans le champ d'activités du *care* et dans les services d'aide et de soins à domicile en Wallonie, ainsi que l'état de santé et de bien-être des travailleuses du *care*. Dans des organisations où le pouvoir décisionnel est généralement concentré vers le sommet de la hiérarchie, la place de la participation directe des travailleuses sur les décisions concernant leur travail constitue un enjeu qui peut avoir des effets tant sur leur santé et bien-être, que sur leur engagement de travail sur le terrain.

En nous basant sur les cadres théoriques relatifs aux modèles JD-C (Karasek), JD-CS (Karasek & Theorell), JD-R (Bakker & Demerouti), et sur l'approche de promotion de la santé au travail visant à renforcer le pouvoir d'agir des travailleuses du *care*, nous partons de l'hypothèse selon laquelle une organisation de travail dans un contexte socio-politique d'*Ageing in place* favorisant la participation aux processus décisionnels des travailleuses, est plus propice à préserver leur santé et leur bien-être au travail que lorsque les décisions sont définies par la direction et la ligne hiérarchique sans leur participation au sens global du terme.

Afin de structurer le contexte et les axes de la problématique de recherche, une représentation schématique est proposée sous forme de cadre conceptuel dans la Figure 5 ci-dessous.

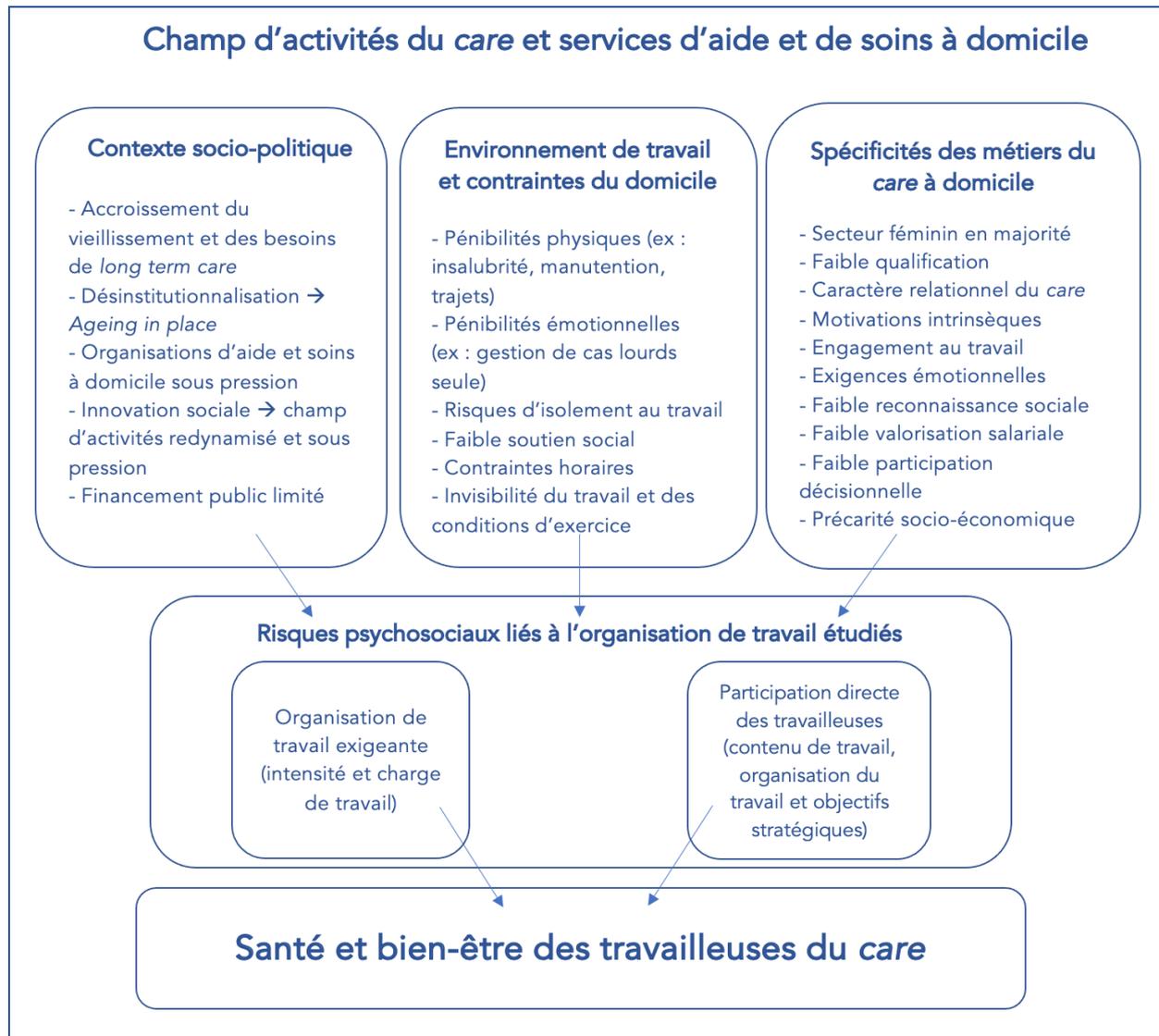


Figure 5. Cadre conceptuel de la problématique de recherche

2. Objectif global de la thèse, questions de recherche et finalités

L'objectif global de la thèse est d'analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile des personnes âgées, dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, la thèse entend répondre à trois questions de recherche qui orientent les études empiriques de notre problématique, chacune répondant à une partie de l'objectif global.

▪ Etude 1 : Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop

Afin de décrire le contexte socio-politique d'*Ageing in place* et de comprendre comment il peut influencer la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile, la **question de recherche** pour cette étude 1 est :

En quoi les représentations sociales des acteurs locaux, relatives aux innovations sociales, dans le champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile, contribuent à façonner les politiques d'Ageing in place ?

Le périmètre d'étude est constitué des 42 innovations sociales pour l'*Ageing in place* constituant le vaste champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile des personnes âgées, champ construit dans le cadre de la recherche WISDOM. Situées dans toutes les provinces de la région wallonne et certaines à Bruxelles, ces innovations couvrent un large éventail de métiers et d'activités du *care* tels que des services de répit, d'accompagnement à domicile Alzheimer, d'hospitalisation à domicile, des maisons médicales, des hébergements alternatifs adaptés, des maisons d'accueil communautaires, ou des services intégrant un outil technologique.

L'échantillon des participants de l'étude est composé de deux panels d'experts émanant de ce vaste champ d'activités du *care* : des responsables d'organisations, politiques locaux et chercheurs, des fédérations d'employeurs de l'aide et des soins à domicile et de soins de santé de proximité, ainsi que la confédération intersectorielle des employeurs du secteur à profil social.

L'unité d'analyse se situe au niveau du champ d'activité du *care* à domicile au sens large et est délimité par les 42 innovations sociales identifiées par WISDOM.

- **Etude 2 : Recherche participative par méthode d'analyse en groupe et triangulation**

Afin d'analyser en profondeur avec les travailleuses du *care*, en particulier de l'aide et des soins à domicile, leurs conditions de travail et étudier comment les innovations introduites dans leurs services ont impacté leur santé et leur bien-être, la **question de recherche** pour cette étude 2 est :

Comment les innovations introduites dans le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile ont affecté la santé et le bien-être des travailleuses du care ?

Le périmètre d'étude est défini par deux organisations wallonnes qui emploient des travailleuses du *care*. La première est une organisation d'aide à domicile située à la Province de Namur (Cas A) dont le personnel est composé d'aides familiales, de gardes à domicile et d'aides ménagères sociales. La seconde est une organisation d'aide et de soins à domicile basée à la Province de Liège (Cas B) et emploie comme travailleuses du *care*, des aides familiales, des aides-soignantes, des infirmières, des ergothérapeutes et des gardes à domicile.

L'échantillon de participantes pour l'étude est composé de 9 gardes à domicile Alzheimer (Cas A) et de 12 aides familiales (Cas B).

L'unité d'analyse pour cette étude se situe au niveau de l'organisation et de leurs services d'aide à domicile. Chaque organisation est considérée comme une unité d'analyse distincte constituant un cas d'étude indépendamment l'une de l'autre. Les données de chaque cas d'étude sont ensuite analysées de façon comparative et agrégées pour produire un savoir cumulé.

- **Etude 3 : Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré**

Afin d'analyser de façon plus spécifique l'impact de l'organisation de travail intense et de la participation sur la santé, le bien-être et l'engagement des travailleuses du *care*, la **question de recherche** pour l'étude 3 est :

Quelles sont les associations entre la participation aux processus décisionnels des travailleuses du care et leur santé et leur bien-être d'une part, et leur engagement au travail d'autre part ?

Le périmètre de cette étude est défini par les 14 cas d'étude sélectionnés sur base des 42 innovations sociales identifiées par la recherche WISDOM. Ces 14 cas

représentent le champ d'activités du *care* à domicile composé d'une diversité d'organisations (services d'aide et de soins à domicile, maisons médicales, petites associations d'accompagnement psychologique à domicile, etc.).

L'échantillon des participants est composé de 1134 travailleurs de ce champ émanant de 10 organisations ayant accepté de participer à l'étude. Il est composé d'une pluralité de métiers du *care* au sens large (*aides familiales, infirmières, gardes à domicile, aide-ménagères sociales, assistants sociaux, psychologues, ergothérapeutes, médecins généralistes, etc.*) et des métiers structurant et encadrant les services (directeurs, comptables, employés administratifs, etc.).

L'unité d'analyse pour cette étude se situe au niveau des 10 organisations du champ d'activités du *care* et de l'échantillon de 1134 travailleurs.

Les finalités poursuivies par cette recherche sont de deux ordres :

- Contribuer à la littérature scientifique sur la santé et le bien-être au travail, en nous appuyant sur les modèles théoriques existants pour développer un modèle d'analyse de santé au travail intégrant la participation en tant que ressource, dans un champ d'activités spécifique.
- Proposer des recommandations dans le domaine de la santé et du bien-être au travail en y intégrant la participation aux processus décisionnels des travailleuses, dans le champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, à destination des acteurs de terrain, des pouvoirs publics et des scientifiques.

3. Structure générale de la thèse par études empiriques

La table 2 décrit les trois études constituant la phase empirique de la thèse avec respectivement pour chacune d'entre elles : la méthode de recherche adoptée, l'objectif poursuivi, la population d'étude et le chapitre correspondant représenté par l'article scientifique publié ou accepté dans une revue scientifique internationale à comité de lecture.

Table 2. Types d'étude et chapitres correspondant à leur publication

Méthode de recherche	Objectifs	Population d'étude	Chapitre – Publication
<p>Etude 1</p> <p>Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop</p>	<p>Objectif</p> <p>Décrire le contexte socio-politique d'<i>Ageing in place</i> et comprendre comment il peut influencer la santé et le bien-être des travailleuses du care à domicile</p>	<p>Echantillon</p> <p>N = 34</p> <p>27 experts du champ d'activités du care et 7 membres de fédérations d'employeurs</p>	<p>Chapitre 7</p> <p>Article scientifique <i>peer review</i>, en 1ere auteure, publié dans une revue indexée dans <i>Pubmed</i> et classée au Q1 dans <i>Scimago</i> : « Health and social care in the community » - Impact factor : 2.395</p> <p>Accepté le 20 mars 2022</p>
<p>Etude 2</p> <p>Recherche participative par méthode d'analyse en groupe et triangulation</p>	<p>Objectif</p> <p>Comprendre comment les innovations introduites dans le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile affectent la santé et le bien-être des travailleuses du care</p>	<p>Echantillon</p> <p>N = 29</p> <p>Cas A : 9 travailleuses du care + 6 membres (directions, hiérarchie et autres acteurs)</p> <p>Cas B : 12 travailleuses du care + 2 membres de la direction et hiérarchie</p>	<p>Chapitre 8</p> <p>Article scientifique <i>peer review</i>, en 1ere auteure, publié dans une revue indexée dans <i>Pubmed</i> et classée au Q1 dans <i>Scimago</i> : « Health and social care in the community » - Impact factor : 2.395</p> <p>Accepté le 10 juin 2021</p>
<p>Etude 3</p> <p>Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré</p>	<p>Objectif</p> <p>Tester l'hypothèse d'un rôle bénéfique de la participation des travailleuses du care aux processus décisionnels sur leur santé et engagement dans un contexte d'organisation du travail exigeante.</p>	<p>Echantillon</p> <p>N = 1134 travailleuses du champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile (sur un échantillon de n= 2793)</p>	<p>Chapitre 9</p> <p>Article scientifique <i>peer review</i>, en 1ere auteure, accepté pour publication dans une revue indexée dans <i>Pubmed</i> et classée au Q2 dans <i>Scimago</i> : « Journal of Occupational and Environmental Medicine » - Impact factor : 3.2</p> <p>Accepté le 27 décembre 2023</p>

PARTIE 2

METHODOLOGIE ET EPISTEMOLOGIE

Préambule

Il existe plusieurs approches méthodologiques qui permettent d'étudier en profondeur les questions liées à la santé et au bien-être au travail. Le choix des méthodes doit être pertinent par rapport à la problématique et doit permettre de répondre aux questions de recherche découlant de l'objectif global.

Afin de répondre à nos trois questions de recherche précitées et atteindre notre objectif global suivant « *Analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du care à domicile des personnes âgées, dans un contexte socio-politique pressant d'Ageing in place* », nous avons exploité une méthodologie de recherche par méthodes mixtes et participatives.

Cette partie de la thèse vise à décrire le cadre méthodologique et épistémologique en trois chapitres.

Le chapitre 4 reprend le contexte général de réalisation de la thèse qui s'inscrit dans le cadre de la recherche WISDOM, d'où émane notre terrain d'étude. La population d'étude et l'échantillonnage pour chacune des trois études y seront également décrits.

Le chapitre 5 présente la justification des choix méthodologiques et enfin, le chapitre 6 expose notre posture épistémologique en tant que chercheuse, le processus de réflexivité et les défis rencontrés sur le terrain par la recherche participative et les réflexions qui en découlent.

Chapitre 4. Description du terrain et de la population d'étude

1. Cadre général de la thèse : la recherche WISDOM

La thèse s'inscrit dans une vaste recherche interdisciplinaire, partenariale et interuniversitaire, dénommée « *WISDOM, un outil au service des processus d'innovation sociale dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées en Région wallonne* ».

WISDOM est un acronyme qui signifie *Wallonie Innovation Sociale Domicile*. Financé dans le cadre du programme Germain Tillion, de la DG05 de la Région wallonne (2014-2018), WISDOM est le fruit de la collaboration interdisciplinaire de trois équipes de recherche étudiant un axe de recherche spécifique émanant des centres de recherche suivants: le Centre Interdisciplinaire de Recherche, Travail, Etat et Société (CIRTES) de l'Université Catholique de Louvain coordonnant la recherche, l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'Université Catholique de Louvain et le Centre de Recherche Interdisciplinaire en Approches sociales de la santé (CRISS) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

L'équipe de recherche interuniversitaire est composée de chercheurs de disciplines scientifiques diverses et complémentaires : socio-économie, sociologie du travail, socio-anthropologie, psychologie du travail et santé publique. Cette pluralité d'expertises scientifiques confère à la recherche WISDOM et à la thèse, des regards croisés au niveau épistémologique ainsi que des échanges de savoir et de connaissances d'une grande richesse.

La recherche WISDOM dispose de la particularité d'avoir un ancrage dans le terrain avec les acteurs locaux par son caractère partenarial. Elle a bénéficié durant tout le processus, d'un parrainage par l'Union des Entreprises à profit social (UNIPSO), la confédération intersectorielle des employeurs du secteur à profit social. Elle a été suivie par un Comité d'accompagnement composé de trois fédérations d'employeurs des activités de l'aide et des soins à domicile à savoir la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile (FASD), la Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD), la Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM) ainsi la Fédération des maisons médicales (FMM), pour les soins de santé de proximité. Ces fédérations d'employeurs ont facilité l'accès des équipes de recherche au terrain d'étude et la création d'un partenariat avec les organisations à but non lucratif du champ d'activités du care dont la majorité est située en Wallonie et certaines à Bruxelles.

2. Objectifs et finalités de la recherche WISDOM

La recherche WISDOM s'intéresse spécifiquement à la dynamique et l'émergence des « innovations sociales » (IS) dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Son objectif principal est d'étudier les processus d'innovation sociale développés par des organisations du vaste champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile pour répondre aux défis socio-politiques d'*Ageing in place*. La finalité opérationnelle de cette recherche interdisciplinaire est de produire avec les acteurs de terrain, des connaissances scientifiques pour mieux documenter la problématique et produire des connaissances appropriables par le terrain pour mieux outiller les acteurs du champ d'activités du *care* et les pouvoirs publics.

Pour parvenir à cette finalité, trois axes de recherche sont étudiés par les équipes scientifiques : 1) l'axe « socio-économique » par le CIRTES de l'UCLouvain qui analyse la mobilisation des ressources financières des organisations pour les innovations sociales du champ d'activités ; 2) l'axe « réseau professionnel de soins de proximité » par l'IRSS de l'UCLouvain qui analyse les modes de collaboration entre les acteurs œuvrant auprès des personnes âgées vivant à domicile ; 3) l'axe « santé et bien-être au travail » par le CRISS de l'ULB qui analyse les conditions de travail ainsi que la santé et le bien-être des travailleuses du *care* dans les organisations porteuses de services innovants. C'est précisément sur ce dernier axe que se greffe la thèse.

Afin de réaliser notre travail doctoral dans le respect des règles éthiques de la recherche, une approbation du Comité d'éthique hospitalo-universitaire Erasme-ULB a été obtenue (Référence n° P2016/106).

3. Terrain d'étude de la thèse

La recherche WISDOM a utilisé une méthodologie Delphi adaptée pour identifier 42 innovations sociales faisant l'objet de cas d'étude, émanant d'organisations à but non lucratif et situées dans les provinces de la région wallonne et à Bruxelles (Callorda Fossati et al., 2017). Ces innovations couvrent sept domaines d'intervention classifiés au sein des clusters suivants : 1) Logement alternatif ; 2) Projets communautaires ; 3) Soutien psychologique ; 4) Répit pour les aidants proches ; 5) Approches multidisciplinaires ; 6) Projets avec une composante technologique ; 7) Autres petits services.

Ces innovations sont indépendantes les uns des autres. Il s'agit pour la plupart d'initiatives issues d'organisations historiques offrant des services d'aide et de soins à domicile mais également d'acteurs nouveaux (exemple : petite asbl d'accompagnement psychologique à domicile), qui s'appuient sur des formes de financement hybrides comprenant des fonds provenant des pouvoirs publics régionaux et locaux. Seules trois d'entre elles font partie du programme fédéral

« Protocole 3 » qui finance des formes alternatives de soins et de soutien à domicile pour les personnes âgées. L'ensemble de ces innovations sociales participent de la politique d'*Ageing in place* telle qu'expliquée dans le chapitre 1 relatif au contexte général de la thèse.

Les 42 innovations sociales accompagnées d'une brève description sont représentées au sein de leur cluster dans la Table 1 « *Clusters of identified HCSIs* » de l'article de l'étude 1 (cf. Chapitre 7). Afin de préserver leur anonymat, les noms des projets et organisations porteuses ont été remplacés par des noms fictifs. Ces 42 cas d'étude constituent notre terrain de recherche large qui a permis de réaliser **l'étude 1** de la thèse « Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop ».

A partir de ces 42 cas, la sélection d'un échantillon de 14 cas d'étude a été réalisée par les trois équipes de recherche, en partenariat avec les membres du comité d'accompagnement WISDOM et son parrain. Ils ont été choisis sur base des critères de représentativité des domaines d'intervention, de la diversité géographique (zone rurale, semi-rurale, urbaine), des acteurs à l'origine des initiatives (*bottom-up* et *top-down*), des types de travailleuses du champ d'activités du *care*, des ressources socio-économiques dominantes, des publics bénéficiaires des services et de la diversité des phases d'innovation (Callorda Fossati et al., 2017).

A partir de cet échantillon, nous avons réalisé une recherche par méthodes mixtes. Une phase qualitative et participative a ainsi été privilégiée pour **l'étude 2** « Recherche participative par Méthode d'analyse en groupe et triangulation », qui porte sur une sélection de deux cas d'étude : « At-Any-Time » et « SmartControl », décrits dans les Tables 3 et 4 ci-dessous. Pour cette étude, nous avons fait le choix de nous centrer sur ces deux cas d'étude, sélectionnés en fonction de critères (détaillés dans l'article 2, Chapitre 8, p. 118) qui les distinguent des autres cas étudiés dans le cadre de la recherche WISDOM et ce, afin d'analyser comment les innovations introduites dans le champ d'activités du *care* et les services d'aide et de soins à domicile ont affecté la santé et le bien-être des travailleuses du *care* : 1) le fait que les innovations portent sur des changements organisationnels de travail caractéristiques des transitions actuelles dans le monde du travail (flexibilité horaire et outil technologique) susceptibles d'affecter la santé et le bien-être des travailleuses du *care*; 2) le type d'innovations et leur potentiel transformateur du champ d'activités du *care* que les organisations ont introduites dans leurs services ; 3) la similitude tant dans l'offre de services de *care* aux bénéficiaires que dans les modes de gouvernance et de (non-)participation au processus de travailleuses peu qualifiées, des deux organisations permettant une analyse comparative des résultats et 5) le type de métiers occupés par des travailleuses du *care* faiblement qualifiées et vulnérables sur le plan socio-économique, qui composent les échantillons respectifs.

Table 3. Description du Cas A « At-Any-Time » pour la recherche participative

Cas A_: « At-Any-Time » service de répit innovant fondé sur la flexibilité horaire et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer

Organisation : service développé par une association sans but lucratif en Wallonie qui compte plus de 460 employés dans le domaine de l'aide à domicile (principalement des aides familiales, gardes à domicile et aide-ménagères sociales).

Objectifs du service innovant : offrir d'une part, du répit aux aidants proches dans une logique de flexibilité horaire ajustée selon les demandes de ces derniers, et d'autre part, un accompagnement pédagogique aux personnes âgées souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer.

Finalité sociale : éviter ou retarder l'institutionnalisation des personnes âgées en maison de repos ou maison de repos et de soins.

Travailleuses du care concernées : Le service « At-Any-Time » est assuré par 18 gardes à domicile, dont le statut est officiellement reconnu en Wallonie². L'équipe est entièrement féminine et chacune d'entre elles possède un diplôme requis d'aide-familiale, d'aide-soignante ou de puéricultrice. Pour occuper leur fonction, elles ont bénéficié d'une formation spécifique à la maladie d'Alzheimer par des experts. Le service a dispensé une centaine d'heures de formation et offre des formations continues selon l'évolution des demandes rencontrées sur le terrain.

Activités : Ces gardes à domicile spécialisées, appelées aujourd'hui par l'organisation « accompagnatrices Alzheimer » pour valoriser leurs nouvelles compétences, ont pour mission de maintenir et de stimuler les capacités cognitives et communicationnelles des personnes âgées malades. Elles utilisent une « valisette communicationnelle » comme outil pédagogique innovant qu'elles ont contribué à concevoir avec une ergothérapeute, pour répondre à l'objectif recherché par l'organisation. Parallèlement à cette fonction d'accompagnement destinée aux personnes âgées, ce service a pour vocation d'offrir du répit aux aidants proches, aux heures demandées par ces derniers. Les accompagnatrices prennent le relais à domicile à des heures variables en journée, en soirée, le weekend ou durant la nuit.

Organisation de travail : La particularité de ce service est qu'il est entièrement organisé sur le principe de flexibilité horaire, auquel les travailleuses du care doivent s'engager au moment de signer le contrat. Le régime de travail est établi sur un temps partiel (ne pouvant excéder 24h/semaine) afin de rendre les travailleuses disponibles aux heures demandées et ainsi répondre à l'exigence de l'organisation d'atteinte des objectifs visés par l'innovation sociale et orientés principalement vers la réponse aux demandes des bénéficiaires.

² visé par l'Article 323 du Code Wallon de l'action sociale et de la santé.

Table 4. Description du Cas B « SmartControl » pour la recherche participative

Cas B : « SmartControl » une innovation technologique d'organisation de travail par l'introduction d'un smartphone comme outil de travail pour les aides familiales

Organisation : innovation introduite dans une organisation d'aide et de soins à domicile en Wallonie qui comporte plus de 1200 travailleuses du care (infirmières, aides-soignantes, aides familiales (AF), gardes à domicile, ergothérapeutes).

Objectif de l'innovation : équiper les aides familiales d'un smartphone en vue de réorganiser la gestion des prestations, les pratiques organisationnelles et les déplacements. Pour l'organisation, il s'agit d'amorcer concrètement la simplification administrative en dématérialisant le formulaire papier utilisé par les AF (servant à renseigner leurs heures de prestations, signé par le bénéficiaire et transmis au service administratif pour la facturation), en le remplaçant par un outil technologique.

Finalité sociale : améliorer l'efficacité de l'organisation de travail et la qualité des soins en permettant aux AF de s'impliquer dans des équipes pluridisciplinaires qui utilisent déjà un outil informatique de gestion des dossiers des bénéficiaires.

Travailleuses du care concernées : le service emploie 750 aides-familiales, réalisant plusieurs prestations de services par jour dans une zone géographique définie et selon un horaire prescrit.

Activités : prestations d'aide à la vie journalière (repas, courses, soins d'hygiène, soutien administratif, etc.). Nouvellement équipées d'un smartphone, les AF disposent d'une application leur permettant de consulter leur planning, de confirmer leurs prestations en scannant un code QR apposé dans une farde chez le bénéficiaire, et de déclarer leurs frais de déplacement.

Organisation de travail : La particularité de cette innovation est le système de collecte de données relatives aux heures de prestation et de géolocalisation permettant de gérer les distances automatiquement sans prise de notes des kilomètres parcourus. En fonction des données recueillies, le service de facturation procède aux montants à tarifier aux bénéficiaires pour les prestations réalisées et les montants à rembourser aux AF pour les déplacements. Cette innovation technologique bouleverse l'organisation de travail des personnels administratif et encadrant ainsi que des travailleuses du care car il opère une réelle rupture avec les pratiques à différents niveaux, et ce pour atteindre davantage les objectifs stratégiques de l'organisation de répondre à toutes les demandes de services des bénéficiaires.

Une fois cette phase qualitative de recherche achevée, s'en est suivie la phase quantitative avec **l'étude 3** « Etude observationnelle transversale par questionnaires auto-administrés » afin de confirmer les résultats de l'étude 2 sur un large échantillon de 1134 participants dans le champ d'activités du care à domicile. Dix organisations sur les 14 cas d'étude sélectionnés par WISDOM ont volontairement accepté de faire partie de l'étude transversale.

Enfin, au terme de ces trois études, nous avons réalisé deux interviews auprès de représentantes de deux organisations syndicales différentes des activités de l'aide et des soins à domicile afin de recueillir leurs points de vue sur les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse et enrichir nos conclusions générales.

4. Population d'étude

Dans cette section, sont décrites de façon synthétique les catégories de population d'étude de chacune des trois études de la thèse. Les détails de l'échantillonnage figurent dans les trois articles correspondant à ces dernières, et sont repris dans la partie 3 de la thèse « Etudes empiriques ». En fin de section, une schématisation représentant l'articulation des études et de leur échantillon respectif est illustrée dans la Figure 6.

4.1 Echantillon Etude 1 : Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop

Deux panels d'experts ont été constitués afin de recueillir et analyser, aux niveaux individuel et collectif, les représentations sociales relatives aux projets innovants et aux transformations sociales actuelles et futures nécessaires en matière de politique de soins de longue durée dans l'*Ageing in place*. Ils sont composés des acteurs locaux des organisations du champ d'activités du care et des services d'aide et soins à domicile, ainsi que des soins de santé de proximité dans différentes zones géographiques des régions wallonne et bruxelloise.

Le panel 1 (P1) est composé d'experts consultés individuellement par questionnaire auto-administré (tels que des directions d'organisation locale, des chercheurs et des responsables d'organismes publics). Le critère principal de sélection requis était que les acteurs locaux devaient posséder une connaissance directe ou une expérience du champ d'activités du care à domicile dans le contexte wallon à travers trois parcours professionnels distincts : gestion de services sur le terrain, activités de recherche-action ou implication dans l'élaboration de politiques liées au champ étudié.

Le panel 2 (P2) est composé de représentants des fédérations patronales (fédérations d'employeurs dans le domaine de l'aide et des soins à domicile ainsi que des soins de santé primaire) consultés lors de réunions collectives (workshops). Ces fédérations sont des acteurs historiques du paysage wallon et bruxellois dans le champ d'activités du care à domicile et jouent un rôle actif dans l'impulsion de la dynamique d'innovation pour l'*Ageing in place*. C'est la raison pour laquelle, il n'a pas été jugé pertinent d'inclure les organisations syndicales ou les représentants des travailleuses du care dans cet échantillon.

4.2 Echantillon Etude 2 : Recherche participative par méthode d'analyse en groupe et triangulation

Un groupe respectif de travailleuses du *care* a été constitué pour chacun des deux cas d'étude (Cas A et B) afin de réaliser une recherche participative par méthode d'analyse en groupe comparative.

Le groupe du Cas A « At-Any-Time » est composé de 9 gardes à domicile Alzheimer, et le groupe du Cas B « SmartControl » est composé de 12 aides-familiales.

Toutes les travailleuses du *care* ont reçu une lettre officielle et un courriel de leur organisation les informant des objectifs de notre recherche et les invitant à participer de façon volontaire. Les participantes de la recherche ont été sélectionnées par la coordinatrice du service de chaque organisation, conformément aux critères d'inclusion convenus au préalable, à savoir : le nombre de participants (entre 9 et 12) ; l'appartenance à un groupe de pairs (même catégorie professionnelle) ; zones géographiques d'intervention variées (rurales, semi-rurales ou urbaines) ; variabilité de l'âge, du genre et de l'année d'ancienneté (Cf. Tables descriptives dans l'article de l'étude 2, Chapitre 8). Le groupe a été invité à participer directement par la coordinatrice du service. Cependant, les travailleuses du *care* avaient la possibilité formelle d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Afin de les motiver, les workshops ont été programmés en accord avec l'organisation, durant les heures de formation ou des prestations de service planifiées. Celles qui ont accepté de participer ont été informées des dates et lieux des workshops par courriel envoyé par la coordinatrice.

Par ailleurs, afin d'enrichir l'étude, nous avons procédé à une triangulation de participants et de méthodes (Carter et al., 2014), en intégrant dans notre échantillon d'une part, les travailleuses du *care* sans la présence de la ligne hiérarchique afin de faciliter l'expression de leurs points de vue, et d'autre part les directions des organisations et des membres de la ligne hiérarchique ainsi que d'autres travailleurs ayant participé à la conception du projet innovant.

Tous les participants de l'étude ont donné leur consentement pour participer à la recherche verbalement, avant la conduite des entretiens et l'animation des workshops.

4.3 Echantillon Etude 3 : Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré

L'étude 3 visait à étudier les risques psychosociaux et l'état de santé des travailleuses du champ d'activités du *care* à domicile. A cette fin, nous avons privilégié une étude quantitative observationnelle de type transversal. Les directions

des organisations de notre échantillon de 14 cas d'étude sélectionnés dans le cadre de la recherche WISDOM, ont été contactées par e-mail et par téléphone afin d'être invitées à participer à l'étude. Dix organisations sur les 14 ont volontairement accepté de faire partie de l'étude transversale. Les motifs de refus des quatre autres organisations portaient sur le fait qu'elles auraient déployé au moment de notre invitation, une enquête interne d'analyse des risques psychosociaux de leurs travailleurs.

Au total, 2793 questionnaires (en ligne et en format papier) ont été distribués entre décembre 2015 et juin 2016. Les travailleurs étaient encouragés par leur direction à remplir le questionnaire, sans obligation ni compensation financière. La participation était volontaire. Nous avons obtenu un taux de réponse de 40,6%, soit 1134 questionnaires complétés. La description de l'échantillon est décrite dans l'article 2 de la partie 3 de la thèse « Etudes empiriques ».

Afin de répondre à nos trois questions de recherche, cette thèse exploite une méthodologie de recherche par méthodes mixtes (qualitative et quantitative) et participative, dont les principes de base sont exposés dans le chapitre suivant. Le cadre méthodologique général de la thèse comprenant le terrain d'étude, l'échantillon et les méthodes exploitées pour chaque étude est représenté dans la Figure 3 ci-dessous.

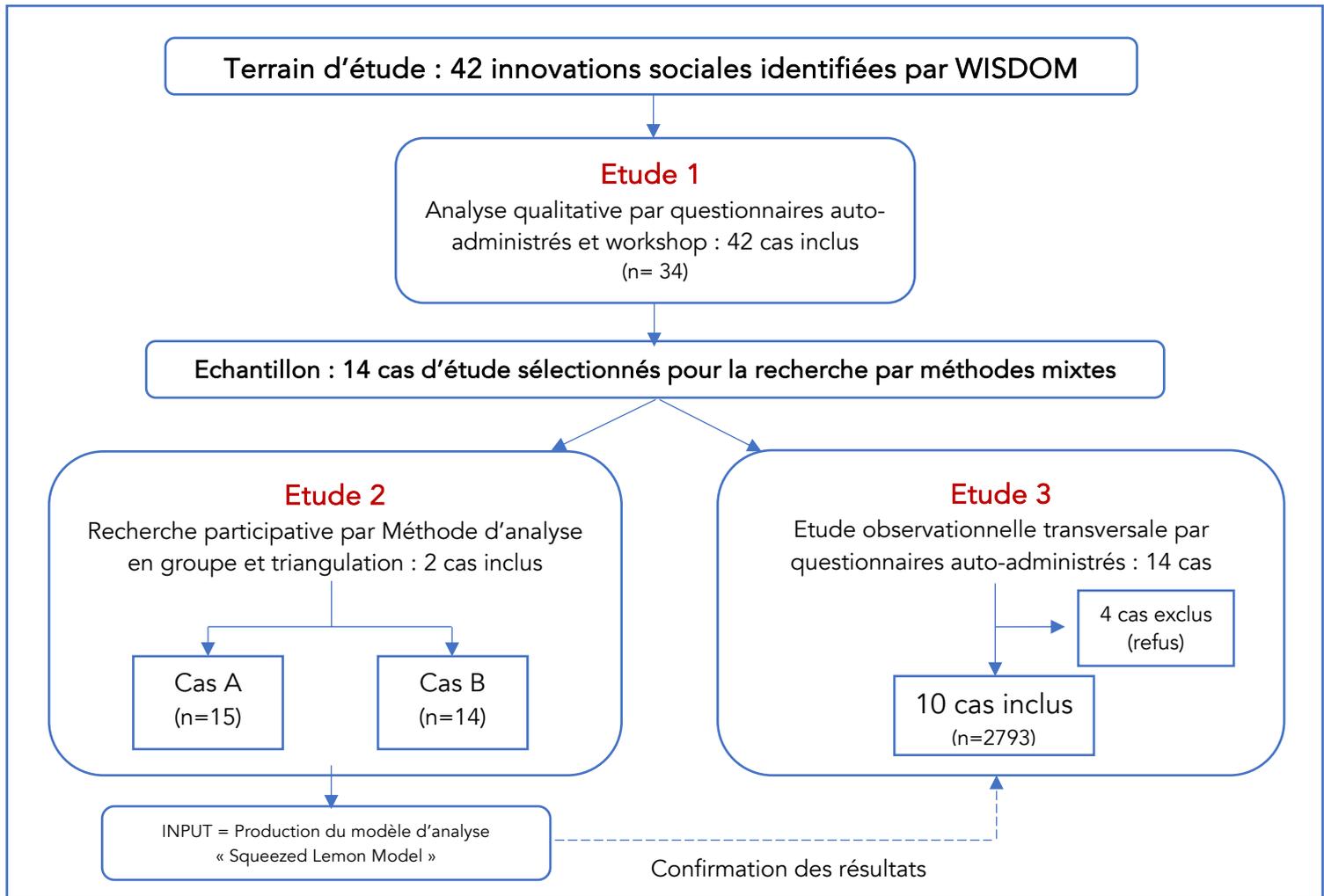


Figure 6. Schéma du terrain d'étude, de l'échantillonnage et des méthodes respectives par types d'étude

Chapitre 5. Méthodologies de recherche

1. Choix méthodologiques

1.1 Recherche par méthodes mixtes [qualitative et quantitative] : le protocole de thèse

La « recherche par méthodes mixtes » appelée également « recherche multiméthode » est un troisième courant méthodologique après ceux des méthodes classiques quantitatives et qualitatives (Guével & Pommier, 2012).

Selon Anadón (2019), on distingue la « méthode mixte » et la « recherche mixte », la première décrivant une recherche par séquençage utilisant une phase de méthode qualitative et une phase de méthode quantitative. La seconde, la « recherche mixte », est une approche qui combine et mène les deux méthodes à différents moments du processus de recherche tant dans la collecte de données que dans leur traitement ou analyse (Tashakkori & Teddlie, 2003 cité par Anadón, 2019).

Les méthodes qualitatives ont généralement un but exploratoire (approche compréhensive) tandis que les méthodes quantitatives, ont une visée confirmatoire et inférentielle (approche positiviste) (Guével & Pommier, 2012). Fondée sur une association des deux méthodes à différents moments de la recherche, les principaux avantages de la recherche par méthodes mixtes sont de mutualiser les forces de chaque méthode et de renforcer la validité des résultats par complémentarité et triangulation (Anadón, 2019 ; Guével & Pommier, 2012).

Selon le protocole de recherche envisagé par les chercheurs, les objectifs visés par l'exploitation de la recherche par méthodes mixtes peuvent varier. Ils sont classifiés en trois types. Le premier est le protocole de recherche convergent ou concomitant, employé lorsque les méthodes quantitatives et qualitatives [QUANT & QUAL] sont utilisés simultanément lors de la conception de l'étude, de la collecte et/ou de l'analyse des données, dans le but de faire converger les résultats. Le second, est le protocole de recherche séquentiel exploratoire qui se traduit par une phase de recherche qualitative suivie d'une étude quantitative [QUAL → QUANT] dans le but de généraliser les résultats obtenus. Enfin, le protocole de recherche explicatif concerne une méthode quantitative suivie d'une méthode qualitative [QUANT → QUAL], ayant pour but d'expliquer ou d'interpréter des résultats quantitatifs (Guével & Pommier, 2012; Ridde & Dagenais, 2013).

Le protocole de recherche par méthodes mixtes que nous exploitons dans la thèse est la **recherche séquentielle exploratoire [QUAL → QUANT]** avec, en premier lieu, une phase de recherche exploitant une méthode qualitative et en second, une

phase utilisant une méthode quantitative. Cette approche a pour objectif de produire des connaissances riches et de favoriser une compréhension et une description plus approfondies de l'objet d'étude afin de rendre plus robustes nos résultats et conclusions (Anadón, 2019).

En distinguant de façon séquentielle les méthodes respectives de collecte, de traitement et d'analyse des données, et en respectant les principes épistémologiques de chacune d'entre elles, notre but consiste à généraliser des résultats obtenus à partir des deux cas d'étude (Etude 2 : Recherche qualitative par méthode d'analyse en groupe et triangulation), en les testant sur un échantillon de population plus large du champ d'activités du *care* à domicile (Etude 3 : Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré).

Notre protocole de recherche séquentielle permet ainsi de rechercher une confirmation et une généralisation des résultats par inférences statistiques renforçant ainsi les conclusions générales de l'ensemble de la thèse.

Afin de mieux saisir notre approche méthodologique globale fondée sur la recherche par méthodes mixtes et participatives exploitée dans cette thèse, les méthodes utilisées respectivement pour chacune des études (1, 2 et 3) sont détaillées dans les articles scientifiques composant la partie 3 « Etudes empiriques ».

1.2 Recherche participative : l'approche originale de l'étude 2

Dans le cadre de notre thèse, en vue d'analyser la question de la participation aux processus décisionnels et son impact sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, il nous a semblé pertinent d'ancrer notre recherche dans la réalité du vécu des travailleuses, et de réaliser une recherche participative au sein de deux organisations de l'aide et des soins à domicile, fondée sur l'approche de promotion de la santé au travail.

Cette démarche est assez originale dans la mesure où dans ce champ d'activités du *care*, en particulier dans les services d'aide et de soins à domicile, les travailleuses du *care* les moins qualifiées ont généralement très peu d'occasion d'être entendues et encore moins de participer aux processus décisionnels concernant leur travail. En nous rendant sur le terrain et en coconstruisant avec ces travailleuses, un diagnostic de situation partagé et des pistes de solutions, nous produisons à la fois des connaissances scientifiques et expérientielles ancrées dans la réalité, et initiions à la fois une démarche participative favorisant leur pouvoir d'agir jusqu'alors très peu présentes. Ce choix méthodologique a été opéré en raison de l'accent qui était mis sur la transformation des dynamiques professionnelles engendrées par l'innovation dans le contexte socio-politique d'*Ageing in place*.

1.2.1 Principes généraux d'une recherche participative

La recherche participative est une approche méthodologique fondée sur un processus engageant tant les chercheurs scientifiques que les acteurs de la société civile à la production de connaissances scientifiques et expérientielles en vue d'initier un changement social. Elle comporte ainsi l'avantage de créer le pont entre les intérêts des chercheurs et ceux d'acteurs de terrain ou d'une communauté qui souhaitent trouver des solutions à leurs préoccupations afin d'améliorer leur qualité de vie et développer leur *empowerment* (Anadón, 2007; Heron & Reason, 1997; Lyet et al., 2015; Renaud, 2020; Wallerstein & Duran, 2008).

Les méthodes de collecte de données sont principalement des méthodes qualitatives classiques telles que les entretiens individuels semi-dirigés, les focus group, l'observation participante, l'intervention sociologique ou la méthode d'analyse en groupe.

Plusieurs principes fondamentaux constituent la base de toute recherche participative.

a) Une recherche « avec et pour les personnes » et un ancrage dans la réalité

La recherche participative a la particularité d'être mise en œuvre avec et pour les personnes concernées par la problématique. Les participants sont des acteurs agissant avec les scientifiques et considérés comme des co-chercheurs dans un environnement réel et non créé artificiellement pour la recherche. A l'inverse, les chercheurs sont impliqués en tant que co-acteurs avec les participants et n'adoptent pas une posture « dominante » de scientifiques qui visent à s'ériger en expert qui produit du savoir scientifique. Cette démarche créant une symétrie entre acteurs et chercheurs, permet de comprendre les réalités de terrain tout en stimulant les changements sociaux nécessaires à la réponse aux demandes des populations. Elle se veut plus égalitaire et ancrée dans le processus de l'action de terrain en vue d'apporter des transformations sociales (Reason, 1994; Roy & Prévost, 2013).

b) La reconnaissance de la capacité réflexive des acteurs

La recherche participative repose également sur la reconnaissance de la capacité réflexive des acteurs, appelés « praticiens » ou « citoyens », sous deux angles différents selon Bednarz (2012). D'une part, une réflexion d'ordre pratique et analytique est apportée sur la description de leurs expériences, vécus et réalités. D'autre part, une réflexion plus critique est élaborée mais nécessitant une prise de distance par rapport à l'expérience personnelle et une confrontation de leurs avis et vécus personnels avec ceux des autres participants. Cette double démarche

réflexive permet aux acteurs de définir avec les chercheurs, des enjeux communs sur la problématique, leurs actions et le système dans lequel ils sont impliqués en vue d'impulser des potentiels changements (Bednarz et al., 2012). Cette citation de l'auteur illustre ce propos :

« Les acteurs sociaux ne sont pas totalement aveugles vis-à-vis des systèmes d'action dans lesquels ils se meuvent, qu'ils contribuent à produire et à reproduire par leurs gestes quotidiens. Ils sont ainsi capables de rationalité sur leur agir, quand l'occasion leur est donnée et de mobiliser leur réflexivité à des fins de recherche » (Bednarz ; 2012 : p 128-129).

En effet, les acteurs de terrain, considérés comme « experts », sont les mieux placés pour exposer et décrire les problèmes auxquels ils sont confrontés ainsi que les ressources et pistes de solutions envisageables. Ce savoir expérientiel des acteurs est la base sur laquelle repose le travail de production de connaissances scientifiques avec les chercheurs.

c) Démarche cyclique de la recherche-action

Selon Roy (2013), la recherche-action se déploie selon une démarche cyclique et non linéaire telle que les recherches traditionnelles positivistes le préconisent. Ce cycle se déroule en quatre phrases alliant la participation des chercheurs et celle des acteurs :

- 1) l'analyse de situation partagée : formulation de la problématique à partir des expériences, visions et vécus de chacun ;
- 2) la planification : définition des stratégies et pistes d'actions pour améliorer la situation ;
- 3) l'expérimentation de l'action : mise en œuvre d'une ou plusieurs actions ;
- 4) l'évaluation critique des actions mises en œuvre et leurs potentiels effets transformateurs.

Ce cycle peut se répéter en fonction des besoins nécessaires à la résolution de la problématique et permet une production de connaissances acquises aux différentes phases du processus (Roy, 2013).

1.2.2 La recherche participative par « Méthode d'analyse en groupe » appliquée à la thèse

La méthode qualitative choisie pour déployer la recherche participative est la « Méthode d'analyse en groupe » (MAG). Inspirée de l'intervention sociologique d'Alain Touraine, cette méthode repose sur les principes cités précédemment mais se caractérise par l'ancrage dans les récits vécus et par l'analyse des données avec les chercheurs renforçant ainsi la validité des résultats (Van Campenhout et al.,

2005). En effet, la MAG, développée et systématisée par Van Campenhoudt et al. (2005) est un dispositif associant les acteurs dans la construction de l'analyse des expériences et pratiques empiriques et de ce fait, du savoir scientifique. Considérés comme détenteurs d'une expertise, d'une compétence et d'un « sens pratique » de leur environnement, les participants peuvent développer une capacité réflexive continue par l'interaction et l'interprétation entre les participants et les chercheurs, produisant ainsi des connaissances critiques et partagées. Le dispositif d'analyse en groupe place les participants dans une dynamique de rapports sociaux et non dans une simple juxtaposition d'individus. Cette configuration inhérente à la démarche permet d'analyser en workshop les points de vue convergents et divergents autour d'une problématique commune (Van Campenhoudt et al., 2005).

Les auteurs précisent que les acteurs sont des « participants actifs dans l'analyse ». C'est l'une des forces de la méthode qui se caractérise par une continuité entre savoirs sociaux et savoirs scientifiques et une double démarcation épistémologique. A la différence des méthodes classiques de recherche qualitative telles que le *focus group*, par lequel les participants fournissent les données et les chercheurs les analysent, la MAG inclut les participants à l'analyse en mobilisant leur capacité réflexive. Dans la procédure, s'opère un décentrement des acteurs par deux voies : a) la confrontation des récits entre participants et l'interprétation du récit choisi par les autres participants venant bousculer leurs représentations et enrichir leurs perceptions ; b) l'apport théorique et les formulations d'hypothèses des chercheurs qui apportent un regard nouveau à la problématique. Cette démarche permet au groupe d'observer, durant tout le processus, une distanciation par rapport au phénomène étudié et de développer leur capacité réflexive continuellement, renforçant ainsi la validité des résultats (Van Campenhoudt et al., 2005).

Il s'agit d'une approche *bottom up*, totalement inductive, dont la théorisation est ancrée dans le vécu et se construit à partir de récits et d'expériences des acteurs de terrain ainsi que sur la dynamique des rapports sociaux propre à l'organisation pour favoriser la construction d'une intelligence collective. Ceci contraste avec d'autres méthodes d'entretien collectif classique, qui proposent une démarche structurée dont l'analyse est réalisée principalement par le chercheur. La justification de notre choix méthodologique pour la MAG repose sur ce principe de co-construction de savoir et de démarche favorisant la validation systématique des résultats par le terrain.

Selon Drapeau (2004), la validité interne d'une étude repose sur le degré de concordance entre l'interprétation des données empiriques par le chercheur et le sens donné par les participants de la recherche (Drapeau, 2004). Elle suppose donc des résultats justes, authentiques et plausibles au regard du terrain d'étude et des théories existantes (Ayerbe & Missonier, 2007). Cette validation peut être obtenue

par soumission des résultats pour validation auprès des participants, ou par triangulaire méthodologique ou de participants (Golafshani, 2003).

Afin de tendre vers une validité interne solide de nos résultats de l'étude qualitative, nous avons procédé à une triangulation de méthodes (analyse documentaire des organisations, entretiens individuels et MAG) et une triangulation de participants impliqués dans la recherche, à savoir les travailleuses du *care*, les directions et la ligne hiérarchique, les acteurs concernés par l'innovation et les représentants des fédérations d'employeurs du champ d'activités du *care* à domicile. De plus, un processus de validation systématique des résultats co-produits avec les travailleuses du *care* elles-mêmes a été réalisé à toutes les phases empiriques (collecte et analyse des données), tel que le préconise la MAG. Cette méthode repose sur un principe de cohérence interne de l'ensemble du processus avec une transparence de la démarche analytique des chercheurs, la prise en compte des divergences et convergences ainsi que les réflexions partagées lors des workshops en groupe (Van Campenhoudt et al., 2009).

Cette approche méthodologique a fait l'objet d'une analyse critique sur la réflexivité et la posture de la chercheuse durant tout le processus, décrite dans le chapitre 6 « Posture épistémologique ».

Chapitre 6. Posture épistémologique

1. La réflexivité et la posture de la chercheuse dans la recherche participative

La qualité scientifique d'une recherche qualitative s'appuie sur deux critères incontournables : la réflexivité et la posture du chercheur.

La réflexivité est un processus qui favorise la rigueur et la fiabilité des données qualitatives et quantitatives parce qu'elle engage le chercheur à questionner en permanence la manière dont la subjectivité aurait pu façonner son étude (Olmos-Vega et al., 2022) et le degré d'influence qu'il exerce intentionnellement ou non sur les résultats de son étude (Jootun et al., 2009). Selon Berger (2015), le processus réflexif se manifeste par « *un dialogue interne continu et d'auto-évaluation critique de la position du chercheur, ainsi que la reconnaissance active et explicite que cette position peut avoir une incidence sur le processus et les résultats de la recherche* » (Traduction libre - Berger, 2015 : p 2).

Olmos-Vega et al. (2023) précisent davantage cette définition de la réflexivité en tant qu'« *ensemble de pratiques continues, collaboratives et multifformes par lesquelles les chercheurs critiquent, apprécient et évaluent consciemment la manière dont leur subjectivité et leur contexte influencent les processus de recherche* » (traduction libre Olmos-Vega et al. 2023 : p. 242). Les auteurs précisent qu'il s'agit d'un effort continu durant toute la durée de la recherche et que la démarche réflexive doit être intégrée dans la dynamique de l'équipe de recherche.

Plusieurs types de réflexivité peuvent être applicables selon le projet de recherche : la réflexivité personnelle (clarification des attentes et réactions du chercheur liée au contexte, participants et données) ; la réflexivité interpersonnelle (façon dont les relations entre participants et chercheurs influencent le contexte, les personnes impliquées, les résultats et les possibles relations de pouvoir) ; la réflexivité méthodologique (analyse de l'influence des choix et des décisions méthodologiques sur les plans de l'éthique, de la rigueur et du paradigme) ; la réflexivité contextuelle (situation d'un projet de recherche dans son contexte culturel et historique, et implication du chercheur dans le processus de transformation du champ social, des pratiques et du contexte) (Olmos-Vega et al., 2022).

Il est donc nécessaire d'adopter une démarche d'auto-évaluation qui consiste pour le chercheur, selon Berger (2015) à « *retourner sa lentille pour reconnaître et assumer la responsabilité de sa propre situation au sein de la recherche et de l'effet qu'elle peut avoir sur le cadre et les personnes étudiés, les questions posées, les données recueillies et leur interprétation* » (Berger 2015 : p 2).

Cette auto-évaluation nous amène à clarifier la posture du chercheur et son rôle dans la recherche qui peut différer et évoluer selon le contexte du terrain d'étude, en particulier dans une recherche participative telle que nous l'avons expérimentée dans le cadre de cette thèse. En effet, dans cette posture épistémologique impliquant la production de connaissances par les participantes et l'initiation à un phénomène de changement social, le chercheur peut endosser un rôle de « consultant », de « chercheur-intervenant » (Château Terrisse et al., 2016) ou encore d' « agent de changement » (Roy & Prévost, 2013).

Dans le cadre de cette thèse, c'est davantage la posture de chercheuse-animatrice telle que le décrit D'Arripe et al., (2022) que nous avons endossée lors des différents workshops de la recherche participative en raison du fait que le protocole de recherche se limitait à réaliser un diagnostic de situation avec les participantes et d'identifier les pistes de solution en vue de susciter un changement social après notre retrait du terrain.

En effet, dans le dispositif déployé par la méthode d'analyse en groupe, nous avons assumé le rôle d'animation de la dynamique de groupe en workshops pour faire appliquer la procédure de la méthode d'analyse en groupe, du respect de la prise de parole structurée, de l'échange bienveillant, de la mise en confiance du groupe, du non-jugement de valeurs au sein des échanges et de l'égalité morale entre tous les participants, chaque point de vue étant considéré d'une égale importance (Van Campenhout et al., 2005). La méthodologie préconise un binôme de chercheurs pour l'animation. En tant que chercheuse principale avec l'appui de notre promotrice en tant que binôme, nous nous sommes chargées du pilotage du processus global de la MAG, du traitement, de l'analyse et de l'organisation des données, des apports théoriques, de la formulation des hypothèses et de la problématisation structurant les résultats. Ces derniers ont été soumis aux deux groupes respectifs pour approfondir ou préciser l'analyse, amender et valider les résultats collectivement.

Il convient de noter qu'au plus nous étions impliquées au sein des organisations avec les travailleuses, au plus le phénomène de socialisation s'intensifiait, ce qui a créé par moments, des difficultés de distanciation, comme le décrivent Château Terrisse et al. (2016). Les auteurs expliquent que cette socialisation implique aux chercheurs une forme d'immersion dans une dynamique et un groupe d'acteurs qui rend difficile la prise de recul et la démarche critique et réflexive.

La posture du chercheur et sa réflexivité sont indissociables du processus de recherche pour permettre un équilibre entre implication dans la recherche et distanciation par rapport à l'objet d'étude tout en conciliant les démarches intellectuelles et pratiques parallèlement imbriquées l'une et l'autre sur le terrain

(Roy & Prévost, 2013). Ceci peut, selon ces auteurs, générer des tensions car elles suivent des logiques bien distinctes : le support à l'action versus la réflexion sur l'action (Roy & Prévost, 2013). Château Terrisse et al. (2016) évoque quant à eux, des difficultés qui pourraient provenir d'une « *dualité du chercheur car la démarche implique une ambivalence entre un rôle extérieur et un rôle intérieur* » (Château Terrisse et al., 2016 : p 46).

A ce titre, notre dispositif de recherche participatif étant considéré comme une démarche originale pour le champ d'activités du *care* à domicile et en particulier pour les services d'aide et de soins à domicile. Il a suscité des tensions et défis que auxquels nous avons été confrontés, ce qui a constitué une grande richesse pour le travail empirique et scientifique, autant que pour la résolution des difficultés de terrain. Le point suivant expose ces défis rencontrés au niveau de notre posture de chercheuse et les solutions mises en place grâce à la démarche réflexive continue avec nos promotrice et co-promotrice, et à l'exposé de nos questionnements avec les autres chercheurs de l'équipe interdisciplinaire.

2. Défis rencontrés par la chercheuse dans l'initiative empirique de la démarche participative

Comme cela est décrit dans la partie 1 exposant le contexte et le cadre théorique de la thèse, le champ d'activités du *care* et les services d'aide et de soins à domicile constituent un domaine où les travailleuses du *care* sont généralement peu écoutées et peu impliquées dans les processus décisionnels sur les questions liées à l'organisation du travail et aux objectifs stratégiques.

Dans ce contexte, afin de répondre à nos questions de recherche en profondeur, en particulier à travers l'étude 2, outre la méthodologie de recherche à méthodes mixtes, il nous a semblé opportun d'y expérimenter une démarche empirique originale fondée sur des méthodes qualitatives et participatives, inscrite dans une approche de promotion de la santé au travail et dans une perspective de renforcement de l'*empowerment* des travailleuses du *care*. Cette initiative empirique visait d'une part, à stimuler la participation des travailleuses du *care* dans l'élaboration d'un diagnostic de situation et de formulation de pistes de solutions sur une problématique qu'elles contribuent à mieux décrire à partir du sens donné à leurs réalités, des rapports sociaux à l'œuvre et de l'ancrage dans leur milieu professionnel. Ces observations analysées conjointement, ont permis de produire une richesse de connaissances confrontant les savoirs expérientiels aux savoirs scientifiques. D'autre part, notre approche visait à favoriser le renforcement de l'*empowerment* des travailleuses du *care*, leur capacité à s'exprimer, leur pouvoir d'agir et de décider, pour ainsi développer un plus grand contrôle sur les

déterminants qui influencent leur santé, liés à l'organisation de travail, tel que préconisé en promotion de la santé au travail.

Cette démarche offre une opportunité scientifique d'analyser le potentiel de déploiement d'une approche participative, les rapports de force et les enjeux des pouvoir décisionnel aux niveaux individuel et/ou collectif et, dans un champ d'activités où les décisions sont concentrées aux niveaux hiérarchiques et supérieurs des organisations.

Compte tenu de ce contexte et de notre méthodologie, la proposition de développer cette expérience empirique réalisée dans le cadre de cette thèse, a été bien accueillie par les deux organisations (Cas A & B). Nous avons reçu le soutien de la direction et de la ligne hiérarchique à toutes les phases du processus, tant pour la planification et l'organisation des workshops participatifs, pour l'étude quantitative (Etude 3) que pour la mobilisation des travailleuses du *care* à y participer de façon volontaire. Cependant, notre démarche participative a comporté des défis au cours du processus de recherche, qui ont trouvé une voie de résolution grâce aux processus critiques et réflexifs continus confrontées avec l'équipe de recherche. Ces réflexions nous ont permis de mettre en place des solutions concrètes sur le terrain, garantissant ainsi la poursuite de la recherche dans un cadre scientifique rigoureux et éthique.

a) Les effets inattendus d'une analyse de situation ancrée dans la réalité

Premièrement, dans les deux cas d'étude, la phase de diagnostic de situation basée sur les récits vécus et leur pratique a nécessité la mise à plat par les travailleuses du *care*, de problèmes rencontrés sur le terrain concernant l'organisation de travail, les rapports sociaux et l'impact néfaste sur leur santé et bien-être. L'expression de ces problèmes a fait émerger d'une part des rapports tendus entre les participantes et d'autre part, des réactions émotionnelles vives et inattendues de certaines travailleuses du *care* dues aux questions délicates relatives à la surcharge de travail et à l'épuisement professionnel. Par ailleurs, pour le cas B, l'une des participantes, étant à la fois une travailleuse du *care* et une représentante des travailleuses, a tenté de freiner le processus du travail collectif avec la MAG, au moment de produire des pistes de solutions lors du workshop 2. Celle-ci a avancé le fait que notre démarche de recherche était inutile au vu de ses propres tentatives non concluantes de demandes de changement auprès de la direction et du Conseil d'Entreprise de l'organisation.

Face à ces apparents « obstacles » émergents pouvant potentiellement altérer la bonne poursuite du travail empirique avec les groupes, notre expérience pratique en recherche participative et la cadre éthique défini sur le plan épistémologique et

académique en amont avec l'équipe de recherche, nous ont permis de gérer ce type de tensions en séance par des méthodes d'écoute active, de remotivation des participantes et de résolution de conflits bienveillante, sans perdre le fil de l'objectif scientifique poursuivi de production de connaissances, et ce, tout en gardant la posture de chercheuse-animatrice.

En ce sens, selon Château Terrisse et al. (2016), l'une des étapes-clés que le chercheur doit engager au démarrage de la recherche est la sensibilisation des acteurs de terrain au processus global de la recherche, ses intérêts scientifiques et transformationnels et les exigences méthodologiques. Cette démarche invite les participants à se positionner comme des « informateurs » et des « co-chercheurs » car ils contribuent activement à la collecte et à l'analyse des données, tout en favorisant la réflexivité et leurs capacités à initier un changement. Ceci incombe de créer un climat de confiance et bienveillant et une égalité morale entre tous les participants (Van Campenhout et al., 2005). Pour favoriser ce cadre propice à l'expression de la parole, Château Terrisse et al. (2016), déconseille que le chercheur se présente comme « l'expert des experts » mais en revanche, d'user et de développer des compétences relationnelles de négociateur et de communicant qui favorisent la dynamique entre participants, tel que nous avons tenté d'assurer sur le terrain.

Ces réalités et défis empiriques ont fait l'objet d'un processus de réflexivité personnelle et interpersonnelle lors de discussions en équipe avant et après les workshops, ainsi que le préconise Olmos-Vega (2023). Ce processus a constitué du matériel riche qui a été inclus dans l'analyse globale de la recherche.

Outre les défis liés à l'expression des vécus ancrés dans la réalité par les participantes, un 2^e défi majeur est apparu en cours de processus et décrit au point suivant : les tensions liées à la visibilité des résultats de la recherche auprès de la direction.

b) Visibiliser les résultats au sein de l'organisation : tensions entre attentes des travailleuses, enjeux de pouvoir et limites du protocole de recherche

Deuxièmement, nous avons été confrontées pour les deux cas d'étude à une tension forte entre l'expression des attentes de changement des conditions de travail des participantes au terme de la phase participative de la recherche (les trois workshops de la MAG), les enjeux de pouvoir dans les organisations et les limites du protocole de recherche globale défini initialement.

Avant de décrire ce défi, il est nécessaire de rappeler qu'au-delà de la phase de diagnostic de situation et d'identification des pistes de solution, la recherche ne

prévoyait pas de phase d'action à proprement parler telle qu'on le retrouve dans la méthodologie d'une recherche-action. Ce type de protocole aurait nécessité d'une part, la mise en place d'un processus global allant de l'analyse de situation à l'évaluation des actions et l'implication dans toutes les étapes, de l'ensemble des acteurs de l'organisation concernés (en ce compris, des membres de la concertation sociale, des organisations syndicales, des conseillers en prévention et d'autres acteurs de l'organisation), ce qui n'a pas été le cas en raison du fait que le protocole a été conçu en amont avec l'équipe interdisciplinaire WISDOM et le comité d'accompagnement composé de fédérations patronales uniquement. D'autre part, une recherche-action aurait nécessité la mise en œuvre, dans sa phase empirique, de certaines interventions du plan d'action défini avec les travailleuses à la suite des résultats de la phase de diagnostic, ce qui n'a pas non plus été prévu dans le protocole de départ.

Nous avons donc été confrontées à des demandes sur le terrain qui ont dépassé le cadre de la recherche représentant un véritable défi éthique et de conscience. En effet, en tant que chercheuse de nature engagée et bienveillante, nous étions face au dilemme d'endosser une posture de scientifique distanciée de l'objet d'étude, tout en préservant les intérêts des travailleuses du *care* et sans prendre le risque de les mettre en danger. Ces dernières, ayant participé de bonne foi à la recherche, avaient un enthousiasme grandissant de par le fait de se sentir enfin écoutées et reconnues dans leur vécu, et portaient des attentes importantes à notre égard, nous considérant comme leur « sauveuse ».

En effet, les participantes des deux cas d'étude se sont investies dans l'analyse en groupe avec l'espoir et le désir qu'un changement dans leurs conditions de travail puisse se produire suite aux constats posés et aux pistes de solution proposées. Elles ont saisi le cadre de la recherche sécurisant qui leur était offert, pour tenter de rendre visibles les difficultés vécues, en manifestant clairement leur souhait qu'en tant que chercheuse, nous assumions le rôle de « porte-parole » du groupe pour transmettre le fruit des résultats à leur direction respective. Cette demande, formulée lorsque le plan d'action se construisait durant le 2^e workshop, n'avait pas été anticipée dans la méthodologie générale de la recherche. Nous avons ressenti une certaine pression face à ses attentes, qui s'est accrue avec l'appréhension de la difficulté de se retirer du terrain au terme du 3^e workshop, conformément au protocole de recherche prévu initialement.

Pour faire à ce genre de situation qui dépasse les limites du cadre de la recherche, il est impératif que la chercheuse clarifie son rôle en amont de la recherche en se présentant et en rappelant sa posture de scientifique. Face aux intérêts des participantes qui pourraient émerger en cours de recherche, Château Terrisse et al. (2016) préconisent le fait ne pas endosser la posture s'apparentant à celui de

« consultant externe » mais de garder son statut de « scientifique » tout en restant attentif et ouvert aux objectifs et contraintes de l'organisation. Cette posture confère au chercheur un cadre éthique pour exprimer son analyse de la situation et pour résister aux pressions et influences que pourraient exercer les acteurs ou la hiérarchie (Château Terrisse et al., 2016).

Dans notre cas, une forte tension a ainsi émergé entre deux enjeux qui semblaient s'opposer. D'un côté, le processus engagé nécessite de porter à la connaissance des services impliqués, la synthèse des difficultés des conditions de travail exprimées par les travailleuses du *care* pour éviter l'invisibilisation des résultats de recherche et dans la perspective d'impulser des changements organisationnels sans outrepasser les limites du cadre de la recherche. De l'autre, la démarche requiert de ne pas prendre le risque de surexposer ces travailleuses du *care* plus vulnérables et identifiables par leur participation au processus de recherche, à devoir assumer seules, face à leur direction et leur ligne hiérarchique, le contenu lourd des résultats, remettant en cause une organisation de travail exigeante et une défaillance managériale impactant leur santé et leur bien-être, une fois l'équipe de recherche retirée du terrain.

Ce moment précis de la recherche lors duquel les travailleuses du *care* nous ont demandé d'être leur porte-parole, a constitué un véritable point de bascule pour l'analyse et la production du savoir scientifique. En effet, il est révélateur de l'enjeu au cœur de notre problématique de recherche relative à la participation aux processus décisionnels de travailleuses plus vulnérables, ne se sentant pas suffisamment outillées pour exprimer le fruit de l'analyse produite à leur direction, de surcroît, dans un environnement où le rapport de force entre les acteurs est fort déséquilibré. Cette demande de prendre la parole à leur place, s'est révélée être l'un des marqueurs de ce déséquilibre dans les organisations du *care* et a servi de tremplin pour permettre aux travailleuses du *care* – et potentiellement les acteurs de l'organisation également – de prendre conscience qu'elles ont la légitimité et la capacité de s'exprimer dans un cadre qui ne les met pas en danger et que leur *empowerment* peut se développer progressivement, tel qu'elles ont pu l'expérimenter à travers le dispositif de recherche participative.

c) Les chemins pragmatiques et éthiques de résolution de cette tension : une richesse pour le terrain et la recherche

Afin de parvenir à une résolution de ce défi et en vue de rééquilibrer les éléments au cœur de cette tension, des discussions approfondies avec l'équipe de recherche et le processus de réflexivité continu ont été salvateurs tant pour la chercheuse que pour les participantes. Cette démarche réflexive développée durant le travail empirique est appelée par Olmos-Vega et al. (2023) « l'analyse réflexive

contextuelle ». Elle a permis de clarifier notre posture de chercheuse et de réadapter le protocole de recherche en cours de processus pour sortir du dilemme et trouver une solution éthique, pragmatique et encapacitante pour les travailleuses du care tout en augmentant leur *empowerment*.

Cette stratégie a consisté en la préparation et l'organisation d'un 4^e « workshop interventionnel » offrant l'opportunité aux travailleuses du care, généralement peu écoutées, de s'exprimer et de se faire entendre par la direction et la ligne hiérarchique sur leurs conditions de travail et l'impact sur leur santé et bien-être.

En effet, lors du 3^e workshop, nous avons consacré d'une part, un temps dédié à la finalisation du plan d'action et à la priorisation des solutions à mettre en œuvre et d'autre part, un temps de préparation de l'intervention avec les travailleuses du care en vue de faciliter la négociation future de leur organisation de travail. Ce sont les travailleuses du care elles-mêmes qui ont déterminé les thématiques à aborder avec leurs responsables hiérarchiques, structurées dans une présentation *powerpoint*, ainsi que la manière de procéder pour communiquer, à tour de rôle, les résultats de la recherche participative avec l'appui de notre cadre scientifique.

Ce 4^e workshop a été planifié en accord avec la ligne hiérarchique des deux organisations et a été riche tant pour le terrain que pour la recherche. D'une part, il a permis aux participantes d'expérimenter et de s'approprier le processus participatif initié dans le cadre de cette thèse et de le poursuivre en interne avec leur ligne hiérarchique, qui a sollicité le détail des résultats des travaux empiriques. De plus, les processus analytiques, préparatoires et interventionnels ont permis aux travailleuses du care de développer leur *empowerment*, de se sentir capable et légitime de s'exprimer, et de mettre en évidence leur place incontournable dans la participation aux réflexions et aux processus décisionnels concernant l'organisation de travail. D'autre part, la solution apportée par ce dernier workshop face au défi rencontré sur le terrain, a contribué à clarifier notre apport scientifique pour l'organisation et pour l'analyse transversale de nos résultats (initiation de la démarche participative, analyse en groupe, production de connaissances, perspectives pratiques et reconnaissance de la capacité d'analyse et de s'exprimer des travailleuses du care) et les limites de notre rôle de chercheuse, facilitant ainsi notre retrait du terrain en bonne conscience et de façon éthique.

d) Synthèse des réflexions éthiques face à ces défis empiriques

L'exposé de ces défis est riche d'enseignements sur les plans scientifique, empirique et éthique. En effet, d'un point de vue contextuel, cette expérience a mis en évidence des tensions pouvant émerger dans la conduite d'une recherche participative réalisée avec des travailleuses identifiées comme vulnérables en raison de leur faible qualification. Ces tensions sont amplifiées par un terrain d'étude

marqué par une forte pression au travail, des rapports professionnels délicats et des enjeux de pouvoir décisionnel liés au mode de gouvernance des organisations. Compte tenu d'un protocole de recherche limité à l'analyse de situation et à l'identification de solutions avec les travailleuses du *care*, notre posture de chercheuse a dû être redéfinie en cours de processus par une analyse réflexive contextuelle régulière. En effet, des attentes importantes à notre égard ont été exprimées par les participantes, nous considérant comme celle qui portera leur voix auprès de la direction pour susciter des changements dans leurs conditions de travail. Face à cette difficulté, il a été nécessaire de trouver le juste équilibre entre la poursuite de la production de connaissances empiriques, le respect des intérêts des participantes, la visibilisation des résultats de recherche et le retrait du terrain sans mise en danger des travailleuses après notre départ. La solution pragmatique qui été adoptée était de poursuivre le processus participatif engagé avec les travailleuses du *care* et le renforcement de leur *empowerment*, tout en leur offrant la possibilité de se réappropriier le processus dans une phase d'autonomisation du groupe, notamment à travers la préparation et la mise en œuvre d'un workshop qui leur permettaient, avec notre appui scientifique, d'exposer les résultats de la recherche et de dialoguer avec leur direction et ligne hiérarchique, dans un cadre propice.

Face à ce genre de situation, une définition claire de la posture de chercheuse s'avère capitale. En effet, pour éviter toute confusion ou ambiguïté de rôle, Château Terrisse et al. (2016) pointent la nécessité de se présenter et de définir dès le début du processus le rôle du scientifique, à tous les participants, en l'occurrence dans notre cas, à tous acteurs de l'organisation. Cette position clairement énoncée en amont facilite non seulement l'accès au terrain mais permet aux chercheurs de restituer les résultats de l'analyse rendant compte des réalités vécues, en toute légitimité aux acteurs de l'organisation. En effet, réaliser une recherche participative sur les conditions de travail dans un milieu professionnel n'est pas aisé et présenter les résultats à la direction pourrait difficilement être accueilli par les cadres supérieurs qui pourraient voir leur pratiques managériales remises en question (Château Terrisse et al. (2016).

De plus, selon Muller & Mairiaux (2008), l'approche participative et de renforcement du pouvoir d'agir au sein d'une organisation, dans une logique de promotion de la santé au travail, replace les travailleurs dans un processus actif et d'autonomisation concernant leurs conditions et environnement de travail. La démarche doit être mesurée, bien préparée et doit prendre en compte les contraintes, exigences et risques de la participation car un tel processus peut être perçu comme une menace par les autres acteurs de l'organisation en raison de sa propension à transformer les relations de pouvoir préexistantes précisément parce qu'il agit sur l'*empowerment* des travailleurs et leur niveau de pouvoir (Muller & Mairiaux, 2008). En effet, de

notre expérience, le dialogue qui a été enclenché entre différents types d'acteurs lors du 4e workshop interventionnel en présence de la direction et de la ligne hiérarchique a été révélateur des enjeux de pouvoirs à l'œuvre dans nos deux cas d'étude et des mécanismes institutionnels pouvant soit freiner soit améliorer les facteurs organisationnels et participatifs impactant la santé et le bien-être des travailleuses. En ce sens, Château Terrisse et al., (2016) recommandent de prendre des mesures de précaution auprès des participants, au niveau des contenus en termes de données produites pouvant être transmises en interne de l'organisation ou au contraire tenues pour confidentielles. En effet, la capacité d'écoute et les outils méthodologiques des chercheurs favorisant l'expression des participants, certains y trouvent l'occasion d'y libérer leurs émotions (Château Terrisse et al., 2016). Nous l'avons clairement éprouvé dans notre processus empirique comme cela est décrit plus haut. Le travail préparatoire avec les groupes de participantes de l'étude 2 a permis à chacune de s'exprimer sur les résultats qu'elles souhaitaient transmettre à la direction et à la ligne hiérarchique grâce au développement de l'*empowerment* durant toute la phase de recherche. Les travailleuses du care n'ont émis aucune réserve à présenter une grande partie des résultats quand bien même certains éléments étaient considérés par elles comme délicats. Le besoin que leurs vécus et leurs paroles soient entendus et reconnus par leur direction et ligne hiérarchique, était leur objectif principal par cette intervention. Cette stratégie a permis d'articuler la réponse pragmatique et encapacitante au désir de changement des conditions de travail des travailleuses du care, notre retrait du terrain de façon éthique, et l'enclenchement d'une phase de transition entre processus participatif et processus d'autonomisation du groupe.

Enfin, en vue de garantir la qualité, la fiabilité et la validité scientifique de l'ensemble de la recherche, nous avons veillé à évaluer régulièrement notre démarche scientifique en développant, avec l'appui de nos promotrice et copromotrice de thèse, et de l'équipe interdisciplinaire, un processus continu de réflexivité et d'analyse critique de notre posture épistémologique et de chercheuse, pour préserver tant la rigueur que le cadre éthique dans la recherche. L'analyse processuelle de cette démarche, riche en enseignements, a fait l'objet d'une intégration dans les conclusions globales de la recherche.

PARTIE 3

ETUDES EMPIRIQUES

Préambule

Cette partie empirique comporte trois chapitres constitués des articles scientifiques respectifs qui structurent le processus de recherche global et les résultats obtenus pour chacune des trois études de la thèse. Ce préambule retrace le cheminement scientifique au décours du travail empirique de façon à saisir la cohérence globale de la recherche.

L'étude 1 « Analyse qualitative par questionnaires auto-administrés et workshop » (Chapitre 7) a été réalisée à partir du terrain d'étude de la recherche WISDOM, comportant 42 cas d'étude d'innovation sociale dans l'*Ageing in place* constituant le vaste champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile.

Ce premier article a pour objectif de comprendre comment les acteurs de terrain historiques (employeurs des organisations et fédérations d'employeurs) et les nouveaux acteurs du vaste champ d'activités du *care*, les chercheurs et acteurs politiques locaux se représentent les innovations sociales pouvant faire évoluer les politiques d'*Ageing in place* et en quoi ces dernières peuvent influencer la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile.

Les résultats de l'étude montrent que les dimensions des innovations sociales pour l'*Ageing in place* selon les représentations des acteurs interrogés, renvoient essentiellement aux buts recherchés par les organisations en termes d'offre de services permettant de répondre aux demandes de *care* des populations vieillissantes. Les processus innovants liés au travail ne sont pas évoqués ni en termes d'amélioration des conditions de travail pour favoriser la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, ni en termes de participation aux processus décisionnels sur l'organisation de travail ou sur les objectifs de production de services. Le premier principal résultat de la thèse a donc mis en évidence que les experts du champ d'activités du *care* à domicile se représentent les innovations sociales développées comme étant orientées vers les objectifs de production de services répondant aux demandes de *care* et non orientées vers les processus organisationnels de travail favorisant la santé et le bien-être des travailleuses du *care*. De plus, selon leurs visions, la place de la participation des travailleuses du *care* aux processus décisionnels est quasi inexistante dans les projets innovants.

Cette observation posée, un échantillonnage de 14 cas d'étude a été réalisé par l'équipe pluridisciplinaire WISDOM à partir duquel, la phase de recherche par méthodes mixtes en phase séquentielle (QUAL → QUANT) a été déployée, avec dans un premier temps, l'analyse qualitative (Etude 2) et dans un second temps, l'analyse quantitative (Etude 3).

L'étude 2 « Recherche participative par méthode d'analyse en groupe et triangulation » (Chapitre 8) a été réalisée sur base d'un échantillon de deux cas d'étude (Cas A et B). Ce deuxième article a pour objectif de comprendre comment les innovations introduites dans le champ d'activités du *care* à domicile, en particulier dans les services d'aide et de soins à domicile, affectent la santé et le bien-être des travailleuses du *care*.

Dans cette étude, nous avons initié une démarche participative avec la méthode d'analyse en groupe auprès de deux organisations volontaires en vue de réaliser avec les participantes, un diagnostic de situation ancré dans la réalité vécue et d'identifier des pistes de solution à proposer aux directions respectives.

Une analyse comparative des deux cas d'étude a permis de produire des résultats communs tout en préservant leur singularité respective, dans une logique de production de savoirs cumulés.

Les résultats de cette étude ont confirmé que les innovations sociales conçues dans une perspective d'*Ageing in place* pour ces deux cas d'étude, étaient effectivement orientées « objectifs de production de services » et sans la participation des travailleuses du *care*, tel que les résultats de l'étude 1 l'avaient déjà montré. Ces innovations ont eu tendance à générer, selon la perception des travailleuses du *care*, une intensification des rythmes et de la charge de travail impactant négativement leur santé. L'analyse approfondie a ainsi révélé une forte tension entre : 1) la réponse aux demandes des personnes âgées favorisant leur bien-être à domicile ; 2) la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* ; et 3) l'atteinte des objectifs de production de services des organisations. Cette double tension a eu pour effet d'augmenter le stress auto-rapporté et l'épuisement des travailleuses, d'affecter leur motivation et la qualité des soins délivrés aux personnes âgées, et de fragiliser la viabilité des services innovants. Afin de réguler ces tensions, les travailleuses du *care* ont suggéré le développement d'un système de régulation des demandes et la mise en place de réunions spécifiques pour échanger sur l'organisation de travail, favorisant ainsi l'expression de leurs besoins, l'analyse des difficultés, et la formulation de pistes de solution pour améliorer leurs conditions de travail.

Ces résultats ont été synthétisés et conceptualisés afin de construire un modèle d'analyse de santé au travail appelé « *Squeezed Lemon Model* », le modèle du « citron pressé », dont le titre est tiré directement des discours des participantes par l'approche inductive de la recherche participative.

Afin de renforcer ce modèle d'analyse et de rendre plus robuste nos résultats de l'étude 2, une étude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré sur les risques psychosociaux (Etude 3) a été réalisée dans la phase séquentielle quantitative avec des statistiques inférentielles, dans la suite logique de notre protocole de recherche par méthodes mixtes.

L'étude 3 « Etude observationnelle transversale par questionnaire auto-administré » (Chapitre 9) a été réalisée sur base d'un échantillon composé de 1134 travailleurs de dix organisations du champ d'activités du care et des services d'aide et de soins à domicile, parmi les 14 études de cas sélectionnés.

Ce troisième article a pour but de tester trois hypothèses émanant du *Squeezed Lemon Model* :

- Hypothèse 1 : Une organisation de travail exigeante impacte la santé et le bien-être des travailleuses du care
- Hypothèse 2 : La participation aux processus décisionnels joue un rôle bénéfique et modère l'impact négatif d'une organisation de travail exigeante sur la santé et le bien-être des travailleuses du care
- Hypothèse 3 : La participation aux processus décisionnels favorise l'engagement au travail des travailleuses du care

Les résultats de cette troisième étude confirment trois des hypothèses-clés du *Squeezed Lemon Model*. Ils montrent d'une part, qu'au plus une organisation de travail est exigeante en termes de charge et d'intensité des rythmes de travail, au plus cela impacte négativement la santé et le bien-être des travailleuses du care. D'autre part, la participation aux processus décisionnels joue un rôle bénéfique par l'atténuation de l'impact de la pression d'une organisation de travail intense sur la santé et le bien-être des travailleuses du care. Enfin, l'engagement au travail des travailleuses du care est également amélioré lorsqu'elles participent aux décisions concernant leur travail.

Les trois chapitres suivants reprennent l'intégralité de ces articles scientifiques : publiés respectivement pour les études 1 et 2 et accepté pour publication pour l'étude 3 dans des revues scientifiques internationales.

L'ensemble des résultats des études sera discuté de façon transversale dans la Partie 4 « Discussion générale » en comparaison avec la littérature scientifique et permettra de proposer quelques recommandations pour les acteurs de terrain, les acteurs politiques et les scientifiques.

Chapitre 7. How local stakeholders' social representations shape the future of Ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium)

Bensliman R, Callorda Fossati E, Casini A, Degavre F, Mahieu C. How local stakeholders' social representations shape the future of Ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium) (2022). *Health and Social Care in the Community*, 30(6):e4211-e4222. doi: 10.1111/hsc.13815.

Received: 3 August 2021 | Revised: 20 February 2022 | Accepted: 30 March 2022

DOI: 10.1111/hsc.13815

ORIGINAL ARTICLE

Health and
Social Care in the community

WILEY

How local stakeholders' social representations shape the future of ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium)

Rachida Bensliman MPH, PhD Candidate¹ | Ela Callorda Fossati PhD² |
Annalisa Casini PhD³ | Florence Degavre PhD⁴ | Céline Mahieu PhD¹

¹Research Center CRISS 'Social Approaches to Health', School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgium

²SONYA, research center on Socio-environmental dYnAmics, IGEAT - Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire, CIRTES, Université Catholique de Louvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgium

³Psychological Sciences Research Institute (IPSY), Université Catholique de Louvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgium

⁴FOPES - Faculté ouverte de politique économique et sociale, CIRTES - Centre interdisciplinaire de Recherche Travail, IACCHOS - Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines, Université Catholique de Louvain, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgium

Correspondence

Rachida Bensliman, MPH, PhD Candidate, Research Center CRISS 'Social Approaches to Health', School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808 - CP596, B-1070, Brussels, Belgium.
Email: rachida.bensliman@ulb.be

Funding information

This study was funded by the Wallonia Region, DGO6 Program: Germaine Tillion (grant number: 1318203).

Abstract

This research attempts to study the social representations underlying health and care social innovations (HCSI) implemented in Wallonia, Belgium to shift ageing policies and management towards the *ageing in place* paradigm. A panel of 34 experts was interviewed to understand their representations using a Delphi-based methodology. The data were processed using thematic content analysis. The core of social representations of health and care social innovations was related to five key dimensions: D1, responding to unmet or emerging health and care needs; D2, defining (new) targets and beneficiaries of HCSI; D3, disrupting care practices; D4, mobilising a network of key actors; and D5, encouraging political recognition of HCSI to favour its viability and sustainability. Local stakeholders' social representations tended to recognise only the goal-oriented dimensions in innovations and ignore process-oriented aspects. The blind spots for workers' participation and empowerment may jeopardise their working conditions, causing a cascade effect on the quality of services and the care relationship. This affected how health and care organisations responded to innovation and might also compromise the long-term sustainability of *ageing in place* practices in Wallonia.

KEYWORDS

ageing in place, Belgium, health and care social innovation, homecare, Social representations

1. INTRODUCTION

Like many other European countries, Belgium's population is ageing significantly. In Belgium, the dependency ratio of people aged 65 and over (when they are generally economically inactive) to those between 15 and 66 increased from 26% in 2011 to 29.9% in 2021 (European Commission, 2021) and is projected to increase to 37.7% by 2040 (Bureau Fédéral du Plan, 2016). In particular, Wallonia (the French-speaking region of Belgium) is known for its high rate of residential care in comparison to other European regions or countries. The European average is 4.3%, but 9% of Walloons over 65 live in institutions (Devos et al., 2019). If these trends continue, Wallonia will witness a 32% increase in the number of nursing home beds between 2010 and 2025 and this will considerably increase its budget (Van den Bosch et al., 2011). In this context, deinstitutionalisation seems to be a promising direction for long-term care policies, which remain a challenge.

Belgium started its progressive shift towards the 'Ageing in place' paradigm in 2000. This approach responds to productive and allocative inefficiencies in care and rest homes system (Degavre & Nyssens, 2012) and to seniors' wishes to remain in their own homes for as long as possible (Perez et al., 2001). The Walloon government's response to these challenges involves encouraging social innovations in the homecare sector. Consequently, local public and private stakeholders in the field have developed a diverse range of services to foster homecare. In general, social innovation deals with societal challenges, participation, creative solutions, empowerment and agency (van Niekerk et al., 2021). But little is known about health and care social innovation (HCSI) and its innovators and how they deal with these general dimensions. This study explores the social representations underlying HCSI.

2. BACKGROUND

Ageing in place (AIP) has become an increasingly popular concept in the ageing literature (Vasunilashorn et al., 2012). However, there is no consensus on its definition (Bigonnesse & Chaudhury, 2021). In line with WHO recommendations, AIP can be viewed as a complex issue that covers much more than just the healthcare services and practices specifically adapted to the domiciliary setting. It also encompasses the idea that public health strategies and interventions should 'empower older people to retain control of their lives and make choices that are in their best interest' (WHO, 2015, p. 36); whether through housing, support, or care, including home health services and nonmedical support (Wiles et al., 2012).

Population ageing is increasingly becoming a driver of social innovations (Heinze & Naegele, 2012). Social innovation refers to a new way of answering needs and bringing changes, particularly within social relations (Avelino et al., 2019) by embracing the ideas of social inclusion and cohesion (Ghiga et al., 2020). The

urgency of this issue was acknowledged during the two global forums on innovation for ageing populations organised by the WHO in 2015 (WHO, 2016). In line with their statements in the World Report on Ageing and Health (WHO, 2015), the WHO stressed that the current healthcare system focuses on managing curable diseases and is not currently well designed to provide long-term assistance and home support. These forums provided recommendations seeking innovation for AIP, such as promoting a package of integrated health and social care services targeted to existing needs (WHO, 2016, p. 45).

European policies comprise several tools and programmes to encourage social innovation in active ageing, such as the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Walker & Zaidi, 2019). Belgium also uses its National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI) to fund bottom-up initiatives for frail older adults to live at home under an agreement called 'Protocol 3' (de Almeida Mello, 2016). The government of Wallonia is encouraging social innovations in its regional policy plans for 2019– 2024 (Gouvernement de la Région Wallonne, 2019, p. 122). As an essential part of the innovation development chain in the field of ageing, many disparate local stakeholders are already actively developing concrete policies. However, little is known about how they understand and envision the notion of HCSI in the field of *Ageing in place*.

It is paramount to understand the local stakeholders' social representations of HCSI and to gauge the extent to which these affect the innovative strategies deployed in the sector.

The theoretical framework of social representations (Moscovici, 2001) is particularly useful to understand how local stakeholders envision HCSI. When a new social phenomenon like HCSI appears, it is crucial to consider and analyse how different social groups develop social representations of it, as these representations can inform actions and strategies. A social representation is 'a form of knowledge, socially elaborated upon and shared, having a practical aim and contributing to the construction of a reality common to a social group' (Jodelet, 2003, p. 36). Through social interactions, actors develop a common vision for a new phenomenon. This vision gradually acquires a certain objectivity for group members as it is no longer one interpretation, but the sole reality (Moliner & Guimelli, 2015; Moscovici, 2001) that competes or resonates with other groups' representations. Social representations are systems of interpretation shaped through social interactions, but they guide and organise both individual and collective activities because they are perceived as 'objective'. They govern people's relationships with others and the world. Because they underlie social interactions, Moliner and Guimelli (2015) referred to them as 'cognitive determinants of practices'. Typically, social representations are formed about social objects of concern with which people can identify and position themselves. In this sense, social representations of HCSI are

significant to understand how local stakeholders picture the health and care needs of the population and policy constraints associated with AIP.

In the present study, local stakeholders are considered to be experts whose representations of HCSI are rooted in both scientific and political discourse. Analyses of these representations allowed for identification of (1) local stakeholders' blind spots and points of foresight in relation to the scientific and political discourse on HCSI and (2) the potential cognitive levers and barriers to change and the ability to deal resiliently with current challenges in the sector.

3. MATERIALS AND METHODS

3.1 Context of the study

The analysis of social representations of HCSI was part of the WISDOM research, a multidisciplinary study project aimed to identify and analyse HCSI. The WISDOM research used a Delphi-based methodology to identify 42 HCSIs in the Walloon region provinces and Brussels (Callorda Fossati et al., 2017). The HCSI covered seven intervention areas (clusters): alternative housing, community projects, psychological support, respite for family carers, multidisciplinary approaches, projects with a technological component, and other minor services. Table 1 presents the clusters of identified HCSIs.

Table 1. Clusters of identified HCSIs

Cluster	Basic description of the health and care social innovations
Cluster 1: Alternative housing	<p>HCSI n1 'Under My Roof': new service in Belgium: intergenerational housing creating bridge and relationship between lonely seniors and students</p> <p>HCSI n2 'The Citizens': intergenerational and grouped housing, citizens' initiative of greenhouse</p> <p>HCSI n3 'The Cocoon': new form of co-housing and adapted structure for prevention of loss of autonomy</p> <p>HCSI n4 'Antenne Andromède': adapted grouped housing with psychosocial accompaniment at home</p> <p>HCSI n5 'Between Us': new adapted public housing for older adults focusing on creating social relationships and solidarity among the inhabitants</p> <p>HCSI n6 'Life's Home': new form of nursing home that promotes the life project of the elderly despite the loss of autonomy</p>
Cluster 2: Community projects	<p>HCSI n7 'Community Care Homes': establishment in a rural area of a community and socialisation centre for the older adults; also allows respite for carers</p> <p>HCSI n8 'My City, My Friend': global network of age-friendly city dwellers; encourages health promotion for older people</p> <p>HCSI n9 'Alzheimer Friendly Platform': new support in dementia situations with activities such as art therapy</p> <p>HCSI n10 'Provincial Platform for Alzheimer's': Innovative platform bringing together several actors to promote the life stories of older adults with Alzheimer's</p> <p>HCSI n11 'Healthy Gymnastics': Original community program of physical exercises for older adults at home and a specific program for older adults with Alzheimer's</p>

<p>Cluster 3: Respite for caregivers</p>	<p>HCSI n12 'Caregivers Always There': new project allowing respite for caregivers HCSI n13 'Alzheimer's Traveller Belgium': medical professionals accompany older adults with Alzheimer's for several days HCSI n14 'At Any Time': new approach to service delivery at home by stimulating cognitive functions of Alzheimer's patient; new profession: senior-sitters who specialise in Alzheimer's HCSI n15 'A Breath of Air': new respite service for caregivers and accompaniment at home for older adults; combines technological teleassistance tool with the human skills of home care nursing HCSI n16 'Break for Caregivers': new service developing a network of volunteers to help the elderly and their families in tandem HCSI n17 'Support for Caregivers': new respite service for caregivers by homecare workers strengthening the link between the elderly person and their family or non-family environment</p>
<p>Cluster 4: Accompaniment and psychological support</p>	<p>HCSI n18 'It's My Life!': New service where specialist therapists accompany Alzheimer's and dementia patients; home-based psychological consultations for older adults with Alzheimer's and their caregivers HCSI n19 'Family Mediation to Enable Ageing in Place': a new approach that mediates between families and elderly persons to determine and adapt the most suitable living space for older adults who are losing their autonomy HCSI n20 'The Weaving': new service of geriatric psychological support and global accompaniment for frail older adults in combination with dietary advice, occupational therapy, and wellness care HCSI n21 'My Cottage': New free social support service to break the solitude of the older adults at home HCSI n22 'Vint-Age': New service offering a network of volunteers trained to listen to and support isolated older people HCSI n23 'Solidarity and Volunteering': New service where volunteers accompany frail and isolated older adults HCSI n24 'Seniors Always with Us': New psychological and support service for older adults at home HCSI n25 'Psychology in Place': Psychological and support at home for older adults with dementia and their caregivers HCSI n26 'Psy-support': New free service of psychological support at home for frail and older adults with Alzheimer's</p>
<p>Cluster 5: Multidisciplinary approaches</p>	<p>HCSI n27 'Alternative Healthcare': New multidisciplinary team for global accompaniment; advice on ergonomic adaptation of the home, support for Alzheimer's disease, improving communication between older adults and caregivers HCSI n28 'Hospital in My House': New clinical approach and hospital care at home with a multidisciplinary team and equipment HCSI n29 'In the Heart of Memory': New multidisciplinary approach to healthcare, psychological support, and dementia situations; support to stimulate memory and daily life, ergonomic advice for housing HCSI n30 'Medical CentreHome Ravia': New work organisation and practice with multidisciplinary teamwork organisation, self-management, participation HCSI n31 'Medical Centre Home Rainbow': Multidisciplinary structure offering global and integrated healthcare HCSI n32 'Connection': Diagnosis and follow-up tools for a multidisciplinary team HCSI n33 'Comfortable at Home': System of coordination between different actors and centralisation of information</p>
<p>Cluster 6: Projects with technological dimension</p>	<p>HCSI n34 'Digital Companion': Digital tablet interface for medical follow-up and communication HCSI n35 'Pillbox': New digital nursing tool for organising medications HCSI n36 'Automatic Home Access': Electronic tool for management automatic home access for service provision by homecare workers HCSI n37 'Remote Assistance': Telephone equipment for the older adults and a mobile teleassistance system controlled by the call centre HCSI n38 'Fall-Prevention at Home': Telemonitoring centre detecting falls</p>

	among older adults, with immediate family notification HCSI n39 'Tele-Relief: Connected to Caregivers' : Telemonitoring system based on solidarity and allowing respite for caregivers HCSI n40 'SmartControl' : New process of work organisation through a new technological tool for homecare workers to manage their care provisions
Cluster 7: Other minor services	HCSI n41 'On the Road' : New service to offer a better access to transport services HCSI n42 'Housing Adaptation with Me' : New service to enhance home ergonomics

All the HCSIs described in Table 1 are not part of a central programme of the Belgian government and are independent of each other. Only three of them (HCSIs n15, n20, n27 in Table 1) are part of the 'Protocol 3' Convention which finances alternative forms of care and support for the older adults. All the others are initiatives that stem from historical homecare organisations or newcomer actors, relying on more hybrid forms of funding that include funding from regional and local authorities.

3.2 Participants

To capture social representations at the individual and sector levels, two panels of experts comprising local stakeholders from health and care organisations in different geographical areas of the Walloon and Brussels regions were considered. Panel 1 (P1) comprised experts consulted individually (e.g. local actors, researchers and local officers in public agencies). To be selected for the panels, the local stakeholders needed to have direct knowledge of or experience with the sector in the Walloon context through three distinct professional pathways: management in the field, action research activities or involvement in policy development related to the sector. Panel 2 (P2) comprised of representatives of the employers' federations (consulted during collective meetings).

For P1, 51 experts were identified and contacted (72.5% women and 27.5% men) from the health and home care sector and 27 experts agreed to participate in the present study (response rate = 53%; 66.7% women and 33.3% men). Most of the experts (66.7%) had a high-responsibility function (e.g. project director or coordinator). Three researchers and one officer from a regional public agency also participated.

P2 had seven representatives (three women and four men) from umbrella organisation of non-for-profit organisations in the health and care sector: three employers' federations in the field of homecare and nursing care and one federation of 'medical homes' specific to primary healthcare. These federations are all long-standing actors in the Walloon and Brussels health and care scene.

We collected data about the P1 experts' social representations of HCSI using a self-administered questionnaire through the LimeSurvey platform. The experts answered four open-ended questions, enabling them to express their perceptions of the innovative character of the 42 HCSIs based on their first-hand knowledge: (1) What is innovative about this initiative? (2) How do beneficiaries use this HCSI? (3) What encourages the development of an HCSI? and (4) What limits HCSI development?

The P1 questionnaires yielded detailed descriptions which were emailed to P2 experts who used them to prepare a workshop. Data collection was carried out during a meeting of the steering committee of the WISDOM research, wherein all members gave their views on each of the identified HCSIs by answering the same four questions as the P1 experts.

3.3 Data treatment and analysis

A thematic content analysis was performed on the data collected from the P1 experts by coding the written answers, segmenting them into units of meaning, and creating categories of analysis. For the P2 data, the entire session was recorded and transcribed and content analysis similar to P1 data was performed, highlighting both the dominant and marginal discourses.

4. RESULTS

The content analyses identified five main dimensions of HCSI social representations held by the participants: D1, responding to unmet or emerging health and care needs; D2, defining new targets and beneficiaries of the HCSI; D3, disrupting care practices; D4, mobilising a network of key actors; and D5, encouraging the political recognition process of HCSI.

4.1 Dimension 1: Responding to unmet or emerging health and care needs

Experts generally perceived HCSI in terms of the objectives to be achieved. These objectives target specific groups or areas and reveal a complex understanding of health and care needs. HCSIs are characterised by their ability to respond to specific emerging health and care needs of older adults (and their caregivers) and others whose needs have not been sufficiently met by the current health and care system. The following excerpts from the questionnaires illustrate this fundamental dimension, towards which all others converge.

This initiative is adapted to the needs of the beneficiaries and fills a gap, a new need for accompaniment, communication, and planning related to the medical care of daily life and the end-of-life course and daily life. (P1)

This innovation helps to encourage cities to better adapt to the needs of older adults. (P1)

This practice meets the specific and obvious need for beneficiaries with Alzheimer's disease. (P1)

The specific needs that the experts referred to were diverse and classified into six categories:

a. Tackling social loneliness (about 'Under My Roof')

Adaptive living with students allows seniors to live together in ways that are not isolated or cut off from the living world. (P1)

b. Adapting to complex health and care needs related to dementia (about 'It's My Life!')

Specific support for Alzheimer's-type illnesses and the establishment of a centre of expertise focused on support, training, and research on healthy ageing. (P1)

c. Respite for caregivers (about 'At Any Time')

The meeting between the management and homecare workers of the service revealed a lack of support and respite for caregivers. (P1)

d. Assistance in taking medications at home (about 'Pillbox')

Medication issues alone can sometimes affect ageing in place. This innovation contributes to a reduction in the risk of errors in taking medication. The simplicity and financial accessibility of this practice allows us to solve one of the major problems of home care. (P2)

e. Improving the physical accessibility of services (about 'The Weaving')

The psychological support provided in combination with dietary and occupational therapy advice and wellness care makes this innovation a comprehensive support for older adults at home. These visits break the feeling of loneliness. The older adult becomes someone again, psychologically supported, and physically valued. (P1)

f. Improving the financial accessibility of services (about 'It's My Life!')

Free psychological support for older adults with the disease or their caregivers who are indirectly affected, helping them to understand, accept, and gradually adapt to their difficulties. (P1)

According to experts, HCSI should prioritize the well-being and overall quality of life of older adults and caregivers, thereby aiming for social change. A vision which was mentioned in P1 but discussed in detail collectively in P2 envisaged a transformation in the work organisation to improve older adults' and workers' well-being. One expert suggested that HCSIs needed to promote ageing in place with innovations at both, the frontline and organisational level, by taking a more democratic approach.

I think that any structure can innovate with a social aim independent of its operations, just because it will develop a socially innovative process in the way it provides the service. However, if the way of producing the service goes towards more democracy at work, then it is a social innovation. (P2)

4.2 Dimension 2: Defining new targets and beneficiaries of HCSI

The second dimension of the discourse dealt with the groups targeted by the initiative: older adults and caregivers. Referring to one HCSI, an expert stated that:

...the willingness of older adults to come together and participate in activities. (P2)

This concerns independent older adults as well as those losing their autonomy owing to specific or complex needs (dementia, mobility issues), isolated or accompanied, underprivileged or not, and with or without health problems. Another expert insisted on the need to consider the target groups collectively and not purely as individuals.

It is very important that the HCSI proposes to take care of groups and not only individuals. This is innovative in relation to the multiple needs and demands that we face in the sector. There are few offers to alleviate the problem of isolation, allowing older adults to experience social relationships with their peers. The example of 'Community Care Homes' responds well to this, as does the 'Medical Centre Home Ravia', because there is medical care with an interesting collective dimension. (P2)

Experts referred to the target public and caregivers, who assumed a significant part in caring for older adults as *beneficiary*. One expert appreciated initiatives such as 'At Any Time' for allowing caregivers to take a break while the older adults are accompanied by a qualified team (P1).

4.3 Dimension 3: Disrupting care practices

The third dimension refers to novelty and disruption within existing practices which was a subject of debate among experts. Several experts pointed out that non-profit organisations developed a completely new HCSI in Wallonia to fill a gap in the existing health system.

'At Any Time' is a response to the lack of infrastructure for Alzheimer's disease in the province of Namur that complements the existing offer of assistance and care at home. (P1)

Another expert said that the initiatives must break away from existing practices to be considered innovative.

These practices must be innovative in terms of offering services to the population and being nonexistent in the official, recognised, and subsidised circuits. They must be experiments that open up new avenues, whether they are recent or older, that respond to the basic needs of the older adults and to needs that are not considered, such as the 'Community Care Homes' initiative. (P2)

Nevertheless, not all experts shared this vision. Some believed that an HCSI need not break away from existing system and could also be a critical adaptation of the standard healthcare system to enable AIP. One example is 'The Weaving', a psychological support service provider which provides in-home services in response to older adults' mobility problems.

This project is innovative because it provides psychological support and assistance to frail people at home in their wish to live at home. (P1)

Similarly, an innovative project developed in another territory for another category of users adapted to a specific context was also considered an HCSI. This was particularly true for intergenerational housing projects built on existing international projects, such as 'Under My Roof'. However, some experts did not agree with this point of view. They considered that an HCSI or adaptations that fell outside the main field, could be considered as an HCSI irrelevant to ageing in place:

The innovations here are aimed at responding to the aspirations of older people to age in place. Therefore, the whole aspect of alternative housing is not something I have taken into account. I have the impression that we often go beyond the scope of ageing in place. (P2)

Moreover, 'newness' might indicate an original intervention that combines existing elements. For example, an initiative such as 'Pillbox' might combine the professional competence of a healthcare provider with technology to manage medications.

It is the coupling of technology and remote human monitoring of medication intake by professionals, which provides an innovative solution to health problems validated by general practitioners and promotes ageing in place.
(P2)

However, there was no real consensus on the innovativeness and adequacy of the technological dimension. For one expert, any technological innovation could be considered a necessary innovation for ageing in place, but it would not contribute to the goal of desired social changes:

If we want to contribute to ageing in place, we need a lot of technology, and this is my perception as a general practitioner who follows patients at home. However, they cannot be considered socially innovative initiatives. This is technological innovation. A technological tool can solve technological problems but can never solve social and political problems. (P2)

4.4 Dimension 4: Mobilising a network of key actors

According to experts, it is essential to mobilise multiple key actors at different moments in the innovation process to implement an HCSI. The primary experts mentioned were local workers and associative partners embedded in multidisciplinary collaborations. Workers were considered field operators and not as active key actors in design, development or evaluation process linked to HCSI, which was left in the hands of organisations' managers.

The field operators were multidisciplinary frontline workers who worked in close collaboration in certain HCSIs: healthcare providers, homecare workers, mental healthcare providers, general practitioners, social workers, occupational therapists and professionals specialising in Alzheimer's issues or remote assistance.

A multidisciplinary team allows support of the older adults in a global way.
(P1)

Multidisciplinary approaches such as 'The Weaving' that combine several types of professionals in innovative practice are strongly emphasised.

The multidisciplinary nature of the professionals helped to make this new initiative known throughout the borough and to identify situations where frail older adults were particularly in need of this type of intervention. (P2)

It was also found that the development of new collaborations among members of organisations and various actors, such as a solidarity network with volunteers, was considered a driver for HCSI. Initiatives such as 'A Breath of Air' fostered innovation through a partnership between different homecare organisations and volunteer movements (P1).

Volunteers were also recognised as key actors who filled the gaps in the existing home-help landscape through their reassuring presence with isolated older adults. Experts described the 'Solidarity and Volunteering' initiative as:

The volunteers receive as much as the older adults they accompany, and this is one of the first associations in organising a network of volunteers trained to listen for the support of isolated older adults. (P1)

A few experts mentioned citizens as key actors in innovation citing by example 'Alzheimer's Traveller Belgium':

It is an initiative organised by citizens who have been closely affected by Alzheimer's problems. (P1)

Another expert appreciated intergenerational housing:

This innovation was created and developed by citizens following the observation of an alternative demand for care for the older adults in the context of the economic crisis. (P1)

Finally, some experts mentioned the role of researchers in the process of designing, deploying and demonstrating the positive impact of innovative practices.

4.5 Dimension 5: Encouraging political recognition of HCSI

A final, transversal dimension that experts highlighted was political authorities' recognition of HCSI to ensure the viability and sustainability of the initiatives and, consequently, the personnel involved. The dimension was debated upon among experts. Some considered it necessary for an HCSI to continue beyond its pilot phase and be consolidated in the homecare sector:

The question of 'How does a social innovation at a given moment leave the field of experimentation and become stable and recognised?' is fundamental because social innovation for the sake of social innovation means conducting experiments. For us, it is interesting to implement new practices that can be recognised and sustainable. (P2)

One expert gave the example of 'Community Care Homes' to highlight the importance of financial support.

There is a lack of financial means and no recognition or subsidy from public authorities, which hinders its sustainability. (P1)

However, recognition may carry legal or financial risks. Also, the practice and its social meaning at the time of conception might be distorted when 'commodified' (P2).

Beyond funding, there is also a legal framework that needs to be adapted. Sometimes, the financial recognition of public authorities risks distorting innovation if the reflection is not done with historical innovators. What is recognised can destroy the truly social aspect of the practice, whereas this is the primary objective of the initiatives. (P2)

Finally, when recognition favours an initiative's sustainability, maintenance of jobs and dissemination on a larger scale, some experts wonder whether an HCSI is still considered an innovation and a vector of change:

This raises the question of whether, when an initiative is disseminated, we can continue to talk about social innovation. Because we realise that in the social innovations that have been identified, some are old, have been recognised, and are still identified as innovative. Therefore, this is a real question. (P2)

4.6 Schematic conceptualisation of the results

From the results presented above, the social representations of the dimensions qualifying HCSI and their interrelations were synthesised and structured in Figure 1.

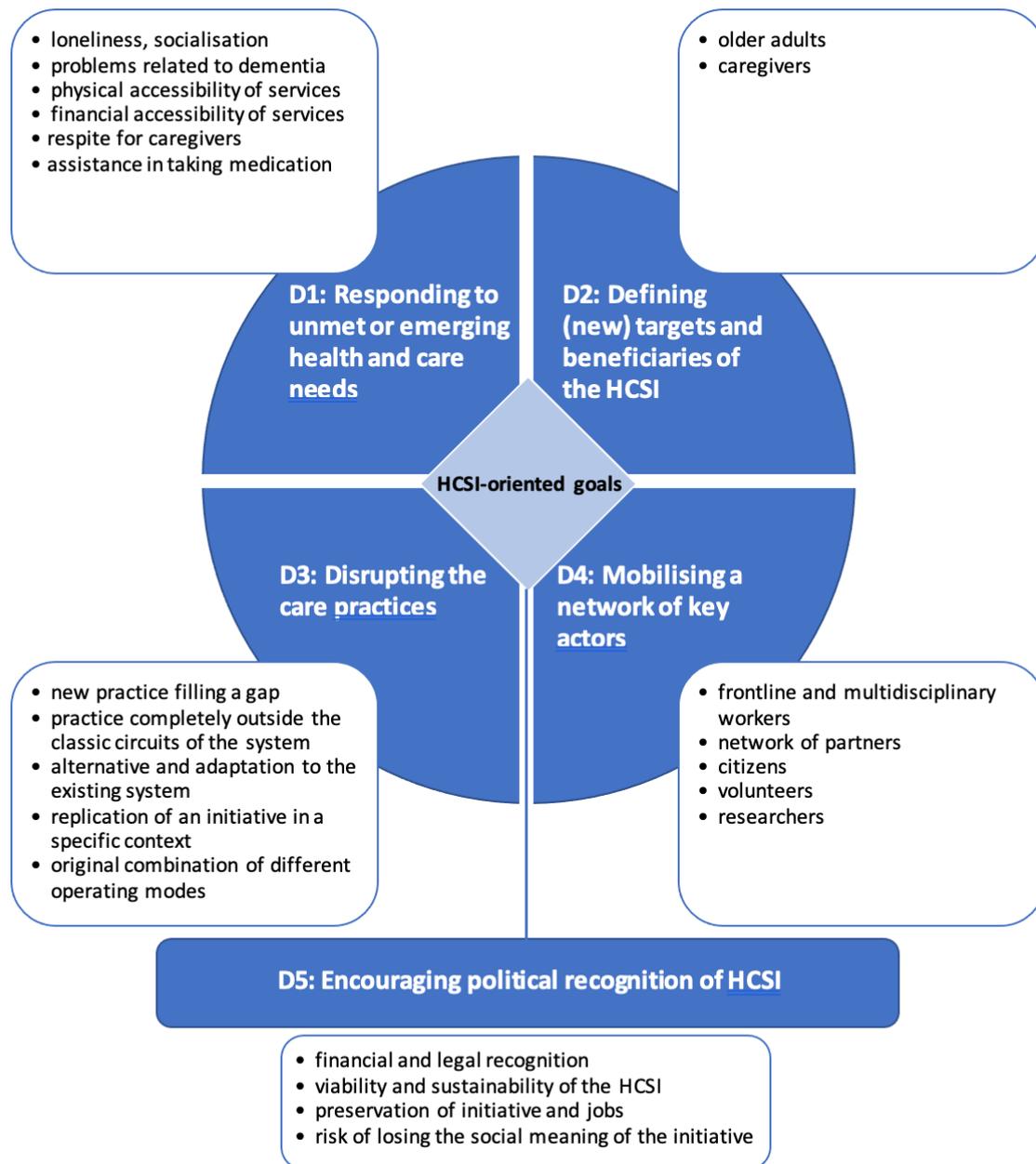


Figure 1. Five dimensions of the social representation of HCSI oriented goals

5. DISCUSSION

5.1 Contributions on the issue of social representations of HCSI

To enable older adults to age at home as much as possible, Wallonia has encouraged many social innovations. Local stakeholders' shared visions of the innovative character of emerging 'ageing in place' initiatives involve unmet or emerging health and care needs, well-defined beneficiaries, novelty, multiple stakeholders and political recognition. These five dimensions constituted the core of the experts' social representations of HCSI and how they expressed the common ground of what was counted as an HCSI. However, their social representations are not monolithic blocks. There were nuances within the groups that suggested either specificity due to the nature of their expertise (in particular, experts' professional pathways and values) or the instability of social representations 'under construction' (i.e. emerging phenomena).

Local stakeholders' representations were also compared with those conveyed by the political and scientific discourse. Certain resonances and divergences emerged that helped in identifying local stakeholders' blind spots and points of foresight. As far as these social representations could be considered as 'cognitive determinants of practices' (Moliner & Guimelli, 2015), these comparisons enabled the identification of potential cognitive levers and barriers to transformations in the sector.

The contribution of our article for researchers lies in its original approach to study of health and care social innovations through the prism of 'social representations'. These are not taken-for-granted by historical and new actors. Their visions may converge or diverge, revealing important issues and shaping the future orientations of the health system - in particular for ageing in place - in a given geographical and socio-political context.

5.2 Resonances and divergences in the debate on social innovation

First, the social representations in this study were structured around five major themes found in literature and political discourse on social innovation, particularly social economy (Choi & Majumdar, 2015) and healthcare perspectives on social innovation (van Niekerk et al., 2017). However, recent research on HCSI argues that the most important dimension of innovativeness is extending financial accessibility (van Niekerk et al., 2021). This aspect was treated as a subcomponent of D1 and not a central dimension as all HCSIs are set up by public or non-profit organisations that prioritise access in their mission. To some extent, innovators are embedded in their context and often reproduce meanings, as they have limited space to change things themselves (van Wijk et al., 2019). The identified dimensions probably reflect a limited capacity for action. It can be noticed that tensions exist on what does or

does not fall within the scope of HCSI. For some, alternative housing or homesharing (Martinez et al., 2020) remains outside the field of health and social care. These alternatives are mainly implemented by newcomers and challenge the views of historical actors on the field. Similarly, for historical actors in primary healthcare to consider gerontotechnologies as HCSI is a matter of concern. The point made is that of the threat of technology replacing the care provided by professionals and as underlined by the literature (Tom et al., 2019) the need of having a broader societal debate on gerontotechnologies.

Second, the results showed a plurality of social representations of the types of HCSI going beyond the classic field of personal services and homecare and healthcare. The seven areas of HCSI interventions cover a wide range of needs not met by the current care system.

HCSIs tend to be conceived as lever to fight against the exclusion of certain marginalised groups of older adults such as people with impaired cognitive abilities (e.g. dementia) as recommended by Røsvik et al. (2021), people lacking autonomy to carry out daily activities, lonely or isolated people (Fakoya et al., 2020), or people whose geographical situation makes it difficult to access services.

However, it should be noted that the innovations studied are rarely oriented towards older adults with very marginal characteristics such as income poverty, heavy physical disabilities, cultural diversity or recent migration. This should be the subject of more global reflection by local actors, public policies and researchers, to avoid creating further social inequalities in health among the older adults (Greenfield, 2018 ; Hoebel, 2017 ; Kristiansen et al., 2016). More generally, it is plausible that looking at the needs of the most socially or medically marginal people could be of great inspiration for the emergence of original and disruptive HCSIs which, eventually, could also meet part of the needs of the majority.

Third, to face the challenge of deinstitutionalisation and to encourage Ageing in place, a multitude of HCSIs have emerged driven by different actors. This offers multiple visions of social transformation in the landscape of Ageing in place. The wide range of unmet needs pointed out by the experts reflect the limits of the care system in place and the need for actors to rethink and reconfigure the traditional model of care to find comprehensive and adequate responses by articulating better the modalities and forms of support for Ageing in place by going beyond visions and working in silos. Care needs must be considered globally, and the organisation of the system must be based on networking, with a territorial approach.

Fourth, local stakeholders' dominant social representations revealed that the HCSIs were mainly oriented towards results and objectives aimed at beneficiaries' well-being than on organisational processes, operational practices or participatory

governance. According to Grimm et al., '*process-oriented social innovation*' is defined primarily as a means to an end and not as an expected outcome of an implemented process (Grimm et al., 2013). However, this is not how both panels thought about it, although the network of key actors (D4) and political recognition (D5) were the issues at stake. Other case studies have noted that social innovation is '*limited to the instrumental and technocratic paradigm of social innovation as a means to an end*' (van Niekerk et al., 2021, p. 22). Social representations can be based on an approach that could be described as '*innovation for*' rather than '*innovation with or by*'. There was no mention of participatory or democratic decision-making processes or processes that involved the key actors directly concerned, particularly the beneficiaries and the organisations' workers. They more focused on the well-being of older adults and caregivers than on the well-being of workers and their working conditions as we find in the study by Bensliman et al. (2021). Thus, experts' views on the social representations of HCSIs vis-à-vis AIP suggest that few HCSIs envisaged a transformation towards more internal democracy in work organisations or aimed at the well-being of both the older adults and the workers.

Two opposing lines of thought emerge. The first concerns the more instrumental HCSIs, designed and implemented by top-down decisions to optimise production processes that impact the quality and conditions of the services (Jetté & Lenzi, 2020, p. 78). This was closer to '*innovating for*'. The second concerns innovation with more participative governance, initiated or co-constructed with the key actors, users, or professionals favouring social relations and the success of the HCSI. This was closer to '*innovating with or by*'. While co-creation, or co-design, is a popular concept in policy discourse to encourage the active participation of local actors (van Niekerk et al., 2021), our results show more social representation initiatives were top-down, goal-oriented HCSIs than bottom-up, process-oriented HCSIs.

Results also showed that experts' social representations of HCSIs expressed an aim to attend to needs of older adults but a tendency to neglect workplace organisation and working conditions. This observation was in line with a review of 67 articles on innovations in eldercare by Schultz et al., who found '*a serious lack of research in the working environment. There was a surprising lack of innovative initiatives in recruitment and organisational processes*' (Schultz et al., 2015: p. 49).

5.3 Revisiting 'social innovation' in public health and *Ageing in place*

Various academic disciplines and policy discourses (Grimm et al., 2013) have analysed social innovation as a multidisciplinary concept. Recent scientific research on health has shown an interest in social innovation (Halpaap et al., 2020) as a potential solution for fostering transformation in current health provision systems worldwide (van Niekerk et al., 2021). Despite scientific progress, health inequalities

remain because health programmes are top-down processes that do not necessarily consider the lived realities and socioeconomic contexts of their served populations (van Niekerk et al., 2021). A systematic review showed strong parallels between the social determinants of health approaches and social innovation, which can impact promoting health equity and tackling health inequalities (Mason et al., 2015).

Social innovation in health is an effective process because it involves the community participation of key local and institutional actors to achieve social change and improve the overall health and well-being of populations (Ghiga et al., 2020; Halpaap et al., 2020). Farmer et al. recommended exploiting social innovation theory as an analytical framework for deploying health service innovations co-designed with the community in a purely bottom-up approach (Farmer et al., 2018).

The present study showed that local stakeholders were oriented towards the objectives but not towards complex processes. Current and future challenges of AIP require effective participation of the community, confirming the need to understand the place of community actors and beneficiaries whom the health services cater to. An essential contribution of this research is that it deepens the understanding of social innovation in health and the enthusiasm of health actors and organisations, policymakers and scientists. It also highlights that in the process of improving the quality of life for older adults or vulnerable populations, no key actors should feel that the innovations are harming them by creating unfavourable working conditions (Casini et al., 2018), an issue that has been neglected by social innovation literature.

5.4 Strengths and limitations

A team of multidisciplinary researchers carried out this study, strengthening it with crossover expertise in social innovation, a multisectoral research issue touching on economics, sociology and public health, including ageing. The novelty of this study is that it focused on local stakeholders' points of view by using a survey on social representations of HCSI answered by two different panels of concerned experts. Nevertheless, this study design did not include the beneficiaries' social representations, which would have been useful for obtaining a wider, cross-sectional vision of the representations on HCSIs. However, given the objectives of this study, the choice to focus on local stakeholders in the field was relevant. We were interested in collecting the social representations of the field actors and employer federations with regard to the current and future necessary social transformations in the care landscape, as they have an active role in driving the innovation dynamics in *Ageing in place*. For this reason, we did not consider it relevant to include trade union organisations representing workers in the sample.

5.5 Future research

This study of representations of social innovations in a specific sector offers insights into the meaning that 'social innovation' takes in the field. However, it did not provide evidence of how an HCSI might directly empower or enhance the well-being of beneficiaries, patients or frontline workers. Further research is needed to understand the roots of the social representations of HCSI that recognised the dimension of multiple key actors (D4) but tended to erase the roles and needs of workers. For example, it would be interesting to analyse the role of workers in the emergence of an HCSI and the extent to which it involves participation and empowerment. Action research with frontline workers in social innovation contexts could be a promising approach. Similarly, it might be useful to address the question of how HCSIs impact well-being at work and service quality in an innovation dynamic.

6. CONCLUSION

In this study, local stakeholders' social representations tended to recognise only the goal-oriented dimensions in the innovations and ignored process-oriented aspects. Their blind spot regarding workers' participation and empowerment may jeopardise working conditions and negatively impacted the quality of services, particularly in the care relationship. This study recommends that policymakers, governments and institutional (social) entrepreneurs promoting the development of HCSIs give more consideration to this process and participatory dimension; otherwise, it could affect the way health and care organisations respond to the need for innovation, impact the sustainability of HCSIs and ultimately undermine the long-term policy of *Ageing in place*.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank all the experts and participants from the field organisations that participated in this study as well as the sponsors of this research, the Walloon Region (DG06) and the non-profit organisation UNIPSO. We also thank Marthe Nyssens, Olivier Schmitz and Jean Macq, researchers who participated in the large multidisciplinary WISDOM research.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The questionnaires used for P1 and P2 are available upon request from the first author.

REFERENCES

- Avelino, F., Wittmayer, J. M., Pel, B., Weaver, P., Dumitru, A., Haxeltine, A., Kemp, R., Jørgensen, M. S., Bauler, T., Ruijsink, S., & O’Riordan, T. (2019). Transformative social innovation and (dis)empowerment. *Technological Forecasting and Social Change*, 145, 195–206. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.05.002>
- Bensliman, R., Casini, A., & Mahieu, C. (2021). “Squeezed like a lemon”: A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13506>
- Bigonnesse, C., & Chaudhury, H. (2021). Ageing in place processes in the neighbourhood environment: A proposed conceptual framework from a capability approach. *European Journal of Ageing*, 19(1): 63– 74. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00599-y>
- Bureau Fédéral du Plan, Direction Générale des Statistiques. (2016). Perspectives démographiques 2015–2060: Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs. Statistics Belgium. https://plan.be/publications/publication-1556-fr-perspectives_demographiques_2015_2060_population_menages_et_quotients_de_mortalite_prospectifs
- Callorda Fossati, E., Bensliman, R., Casini, A., Degavre, F., & Schmitz, O. (2017). Identifier et sélectionner des cas d’innovation sociale. Les apports de la méthode Delphi à l’élaboration d’un terrain empirique dans le champ de l’accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In A. Vandenhooft, S. Carbonnelle, T. Eggerickx, V. Flohimont, & S. Perelman (Eds.), *Vieillesse et entraide: Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux?*. Université, Presses Universitaires de Namur. <https://www.pun.be/resources/titles/99993100748190/extras/Vieillesse-et-entraide-tdm.pdf>
- Casini, A., Bensliman, R., Callorda Fossati, E., Degavre, F., & Mahieu, C. (2018). Is social innovation fostering satisfaction and well-being at work? Insights from employment in social enterprises providing long-term eldercare services. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29(6), 1244–1260. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-0001-3>
- Choi, N., & Majumdar, S. (2015). Social innovation: Towards a conceptualisation. In Springer (Ed.), *Technology and innovation for social change* (1st ed., pp. 7–34). Springer.
- de Almeida Mello, J., Declercq, A., Cès, S., Van Durme, T., Van Audenhove, C., & Macq, J. (2016). Exploring home care interventions for frail older people in Belgium: A comparative effectiveness study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2251–2256. <https://doi.org/10.1111/jgs.14410>
- Degavre, F., & Nyssens, M. (2012). Care regimes on the move:

- Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany, and Italy. (p. 281). Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain. <http://hdl.handle.net/2078.1/112096>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., & Bouckaert, N. (2019). Performance of the Belgian health system: Report 2019 [KCE Report No. 313]. (p. 117). Belgian Health Care Knowledge Centre. <http://hdl.handle.net/2268/236282>
 - European Commission, Statistics Eurostat. (2021). Population: Structure indicators. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_776050/default/table?lang=en
 - Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
 - Farmer, J., Carlisle, K., Dickson-Swift, V., Teasdale, S., Kenny, A., Taylor, J., Croker, F., Marini, K., & Gussy, M. (2018). Applying social innovation theory to examine how community co-designed health services develop: Using a case study approach and mixed methods. *BMC Health Services Research*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2852-0>
 - Ghiga, I., Pitchforth, E., Lepetit, L., Miani, C., Ali, G. C., & Meads, C. (2020). The effectiveness of community-based social innovations for healthy ageing in middle- and high-income countries: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 25(3), 202–210. <https://doi.org/10.1177/1355819619888244>
 - Gouvernement de la Région Wallonne, G. (2019). Déclaration de politique Wallonie 2019–2024. Région Wallonne: Gouvernement Wallon, 122. https://www.wallonie.be/sites/default/files/2019-09/declaration_politique_regionale_2019-2024.pdf
 - Greenfield, E. A. (2018). Age-friendly initiatives, social inequalities, and spatial justice. *Hastings Center Report*, 48, S41–S45.
 - Grimm, R., Fox, C., Baines, S., & Albertson, K. (2013). Social innovation, an answer to contemporary societal challenges? Locating the concept in theory and practice. *Innovation: the European Journal of Social Science Research*, 26(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/13511610.2013.848163>
 - Halpaap, B. M., Tucker, J. D., Mathanga, D., Juban, N., Awor, P., Saravia, N. G., Han, L., de Villiers, K., Kitamura, M., Cuervo, L. G., Peeling, R., & Reeder, J. C. (2020). Social innovation in global health: Sparking location action. *Lancet. Global Health*, 8(5), e633–e634. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30070-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30070-X)
 - Heinze, R. G., & Naegele, G. (2012). Social innovations in ageing societies. In H. W. Franz, J. Hochgerner, & J. Howaldt (Eds.), *Challenge social in-*

- novation: Potentials for business, social entrepreneurship, welfare, and civil society (pp. 153–167). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-32879-4_10
- Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S. L., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1127. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101127>
 - Jetté, C., & Lenzi, C. (2020). Les associations et la nouvelle gestion publique dans les services de soutien à domicile auprès des personnes âgées: Une perspective France-Québec. In L'Harmattan - Logiques Sociales (Ed.), *Les territoires de l'intervention à domicile Regards croisés France-Québec* (1st ed.). L'Harmattan - Logiques Sociales.
 - Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-representations-sociales-9782130537656.htm>
 - Kristiansen, M., Razum, O., Tezcan-Güntekin, H., & Krasnik, A. (2016). Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Reviews*, 37(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0036-1>
 - Martinez, L., Mirza, R. M., Austen, A., Hsieh, J., Klinger, C. A., Kuah, M., Liu, A., McDonald, L., Mohsin, R., Pang, C., Rajewski, J., Salomons, T., & Sheikh, I. (2020). More than just a room: A scoping review of the impact of homesharing for older adults. *Innovation in Aging*, 4(2), igaa011. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa011>
 - Mason, C., Barraket, J., Friel, S., O'Rourke, K., & Stenta, C. P. (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promotion International*, 30(suppl_2), ii116–ii125. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav076>
 - Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales. Fondements historiques et développements récents*. Presses universitaires de Grenoble. <http://journals.openedition.org/lectures/17041>
 - Moscovici, S. (2001). *Social representations: Essays in social psychology*, (1st ed.). New York University Press.
 - Van Niekerk, L., Chater, R., Naydenova, E., Lim, J., Chamas, L., Manderson, L., Gilson, L., Peeling, R., Hartigan, P., Bonnici, F. & UNICFE. (2017). *Social innovation in health: Case studies and lessons learned from low- and middle-income countries*. World Health Organization.
 - Rojo Perez, F., Fernandez-Mayoralas Fernandez, G., Pozo Rivera, E., & Abuin, M. R. J. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54(2), 173–208. <https://doi.org/10.1023/A:1010852607362>
 - Røsvik, J., Michelet, M., Engedal, K., Bergh, S., Bieber, A., Gondalves-

- Pereira, M., Portolani, D. M., Hopper, L., Irving, K., Jelley, H., Kerpershoek, L., Meyer, G., Marques, M. J., Sjølund, B.-M., Skořldunger, A., Stephan, A., Verhey, F., de Vugt, M., Woods, B., ... Selbaek, G. (2021). Development of best practice recommendations to enhance access to and use of formal community care services for people with dementia in Europe: A Delphi process conducted by the Actifcare project. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2298–2309. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1822286>
- Schultz, J. S., André, B., & Sjøvold, E. (2015). Demystifying eldercare: Managing and innovating from a public-entity's perspective. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 42–57. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000097>
 - Toms, G., Verity, F., & Orrell, A. (2019). Social care technologies for older people: Evidence for instigating a broader and more inclusive dialogue. *Technology in Society*, 58, 101111. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2019.01.004>
 - van den Bosch, K., Willéme, P., Geerts, J., Breda, J., Peeters, S., & van Den Sande, S. (2011). Residential care for older persons in Belgium: Projections 2011–2025. [KCE Report no. 167B]: Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre. <http://en/residential-care-for-older-persons-in-belgium-projections-2011-%E2%80%932025>
 - van Niekerk, L., Manderson, L., & Balabanova, D. (2021). The application of social innovation in healthcare: A scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00794-8>
 - van Wijk, J., Zietsma, C., Dorado, S., de Bakker, F. G. A., & Martí, I. (2019). Social innovation: Integrating micro, meso, and macro level insights from institutional theory. *Business and Society*, 58(5), 887–918. <https://doi.org/10.1177/0007650318789104>
 - Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., & Pynoos, J. (2012). Aging in place: Evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*, 2012, 120952. <https://doi.org/10.1155/2012/120952>
 - Walker, A., & Zaidi, A. (2019). Strategies of active ageing in Europe. In A. Walker (Ed.), *The future of ageing in Europe* (pp. 29–52). Palgrave Macmillan.
 - WHO (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
 - WHO. Centre for Health Development. (2016). *Imagine tomorrow: Report on the 2nd WHO global forum on innovation for ageing populations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205288>
 - Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

Chapitre 8. 'Squeezed like a lemon' : A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium

Bensliman R³, Casini A, Mahieu C. 'Squeezed like a lemon' : A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. (2022) *Health and Social Care in the Community*, 30(4):e1013-e1024. doi: 10.1111/hsc.13506. Epub 2021 Jul 12.

Received: 28 August 2020 | Revised: 14 May 2021 | Accepted: 10 June 2021

DOI: 10.1111/hsc.13506

ORIGINAL ARTICLE

Health and
Social Care
in the community

WILEY

"Squeezed like a lemon": A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium

Rachida Bensliman MPH, PhD¹  | Annalisa Casini PhD²  | Céline Mahieu PhD¹ 

¹Interdisciplinary Research Centre 'Social Approaches to Health' (CRISS), School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

²Psychological Sciences Research Institute (IPSY), Université Catholique de Louvain, Louvain, Belgium

Correspondence

Rachida Bensliman, CRISS, School of Public Health, Université Libre de Bruxelles, Route de Lennik 808 - CP596, B-1070 Brussels, Belgium.
Email: rachida.bensliman@ulb.be

Funding information

This study was funded by the Wallonia Region, DGO6 Program: Germaine Tillion (grant number: 1318203).

Abstract

Innovative programs that emerge in response to the rapidly changing care needs of older adults provide an opportunity to study the transformations in working and employment conditions within the homecare sector. This study seeks to understand how innovations introduced in the homecare sector have affected the well-being of homecare workers providing non-medical domestic support to older adults who wish to age in place. Our study is based on a participatory approach involving homecare workers exposed to two innovations in Wallonia (Belgium) that relate to flexible working hours, worker training, and technological equipment. We conducted a literature review, six semi-structured individual interviews with managers, and eight workshops based on the 'Group Analysis Method' involving 9 to 12 homecare workers. The results revealed that the innovations deteriorated working conditions, intensified occupational psychosocial risk factors, and impacted work-life balance. This gave rise to tensions that ultimately had a negative impact on the well-being of workers and on the quality of their care relationship with older adults/caregivers, while also weakening the viability of the services. The workers proposed some avenues to improve and regulate these tensions.

KEYWORDS

Belgium, caregivers, homecare workers, innovation, older adults, participatory approach, well-being

³ Note : Le titre « PhD » mentionné après le nom « Rachida Bensliman, MPH » est une erreur de l'éditeur de la revue « *Health and Social Care in the Community* ». L'erreur a été signalée avant la publication de l'article. Une rectification en « PhD Candidate » a été demandée mais n'a pas été effectuée par l'éditeur.

1. INTRODUCTION

Innovative programs that emerge in response to the rapidly changing care needs of older adults provide the opportunity to study transformations in working and employment conditions within the homecare sector.

In the Walloon Region of Belgium, as in other regions of Europe, the care needs of dependent older adults are changing (Bourguignon et al., 2017). Care needs increase with the rise in life expectancy and number of older adults (Kontis et al., 2017), whose health and social care needs are becoming very diverse and complex (McGilton et al., 2018), and most of them wish to stay at home for as long as possible, if allowed by their health status and autonomy (Adekpedjou et al., 2018; Fernandez-Carro, 2016). Despite wide-ranging health care services, the current offer for the homecare sector does not sufficiently and sustainably address complex care and diverse older adults' needs (Dury et al., 2017; Fret et al., 2019).

In response to these challenges, non-profit associations developed innovative social programs and multifarious community care interventions. Adhering to the public health policy, federal authorities encourage innovative initiatives because of the high costs of residential care and to delay/avoid institutionalization of frail older adults (de Almeida Mello et al., 2016). To define 'innovation', we refer to the criteria of 'social innovation' concept, according to (Bouchard & Levesque, 2010): *'An innovation initiated by social actors, to meet an aspiration, need, or solution or enjoy an action opportunity to change social relations, transforming a framework or propose new cultural orientations'*.

Applied to the field of elderly homecare, we built our pragmatic definition of 'innovation': *'Initiatives are innovative because they seek to address, in a new way, older adults' aspiration for ageing in place as expressed by the older adults themselves, caregivers, volunteers or workers of homecare or healthcare organisations'* (Callorda Fossadi et al., 2017).

According to Degavre and Nyssens (2012), in Belgium, homecare providers are regulated by the regional government through a "tutelary" system that allocates public funding to providers who meet a set of standards and requirements. They are part of the public or private non-profit sector and represent about 20% and 80% (respectively) of the offer. Services are paid for by users based on their income, and the scale is set by law (Degavre & Nyssens, 2012: p. 39– 40). The Statbel 2019 Labor Force Survey, which uses the ISCO nomenclature to define the category of workers in Belgium, shows that 3.3% of employed persons work in the homecare sector in 2019: 122 402 "cleaners and helpers" and 38 898 "home-based personal care workers", the latter of which refer to a group of workers in our study (Statbel, 2019).

Yet, the staff of homecare organisations, homecare workers (HCWs), who provide non-medical work such as personal care (Stacey, 2005), usually comprise 'vulnerable' workers, namely, foreign women, poorly educated, in a state of precarity and poverty (Alessio, 2014; Hartmann & Hayes, 2017). Furthermore, in the homecare sector, working and employment conditions are considered difficult (Casini et al., 2018). These organisations' management is top-down with no direct worker participation, except for the service delivery at home within the framework defined by the organisation. The team responsible manages staff' schedules and travels once the aid's plan and intervention's conditions have been defined with the older adults/caregivers (Dussuet, 2010).

HCWs' health and well-being are affected by a range of risk factors (Dussuet, 2013), which can cause stress or physical problems (Brulin et al., 2000; George et al., 2017). HCWs are faced with physical constraints related to handling effort (e.g., carrying older adults) and directly related to the home-work environment (e.g., lack of ergonomic equipment). Additionally, they are exposed to psychological and emotional constraints due to the job's relational nature and contact with older adults, who are usually physically and/or emotionally vulnerable (Avril, 2006; Brolis & Nyssens, 2015; Devetter et al., 2012; Franzosa et al., 2019). This work's emotional demands are manifold (relationships with users, family, and organisation managers), added onto other dimensions such as schedules or training needs. This can impact the emotional well-being of HCWs and affect their confidence, control, happiness, and ability to cope with their personal and professional life (Franzosa et al., 2019).

Few studies have analysed the impact of innovation on workers' well-being. Rather, the literature focuses on organisational changes or restructuring (Day et al., 2017; Denton & Davies, 2003), concerns about change (Guidetti et al., 2018) or management innovation (Bryson et al., 2009) as impacting health negatively. In the homecare sector, 'WISDOM Research' showed that working within innovations improves job satisfaction if a workplace innovation regarding work organisation is implemented (Casini et al., 2018).

We researched how innovative projects introduced in the home-care setting (a sector documented for its poor working conditions) could influence the HCWs health and well-being. We conducted original research by deploying a participatory and empowerment process based on the 'Workplace health promotion' approach⁴

⁴ ENWHP defines the concept of 'Workplace Health Promotion'(WHP) as 'the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. This can be achieved through a combination of improving the work organisation and the working environment, promoting active participation and encouraging personal development' (ENWHP, 2007).

(ENWHP, 2007) with two groups of HCWs who are generally little involved in discussions about work organisation.

2. METHODS

We applied a 'Group analysis method' (GAM) program (Van Campenhoudt et al., 2005), a completely inductive participatory approach involving the actors directly concerned. HCWs involved in two innovative projects in Wallonia participated in this study, between March and December 2016. This participatory approach is part of an interdisciplinary and partnership research named 'WISDOM Research' (2014–2018) that covers 14 in-depth case studies of homecare sector innovation, identified and selected using the Delphi method (Callorda Fossati et al., 2017).

Ethics Committee of Erasme-ULB, Brussels, Belgium (Ref n° P2016/106), has approved the 'WISDOM Research'.

To analyse the 'well-being at work' dimension in the context of innovation, our study focused on two specific cases from the 'WISDOM Research'. These cases reflected on two important drivers of innovation in the sector:

1. Service flexibility as a means of adapting to the increasing complexity of the older adults/caregivers' demands, with HCWs specifically trained to accompany seniors with Alzheimer's disease or other dementias (Case A 'At-Any-Time') note⁵.
2. New technologies used to streamline services' organisation, by equipping HCWs with smartphones that allow them to manage their home services and travel without paper forms (Case B 'SmartControl').

2.1 Case descriptions and study population

2.1.1 Case A 'At-Any-Time': A respite and specialized home support service for older adults with dementia or Alzheimer's disease

The first case study was a service innovation, developed by a home-care agency in Wallonia that employs more than 460 HCWs. This team included 18 women 'senior sitters',⁶ who graduated as HCWs and received training in Alzheimer's disease

⁵ For the sake of confidentiality, the two cases are labelled with fictitious names.

⁶ The term 'senior sitter' is used in this article to refer to the French term: '*Garde à domicile*' and to describe workers who accompany dependent older adults who cannot stay at home alone without supervision day and night, pay attention to their care needs, accompany them in daily activities, help with mobility and taking of meals, ensure physical, mental, and social well-being and safety, and provide relationship support to the older adults/caregivers (Ballara & Lamargue, 2019).

management. All of them worked part-time (19 hr to 24 hr/week), with imposed flexible working hours. The two novel aspects of this service were as follows:

1. The service's flexible schedule to offer respite to family by ensuring a minimum of three hours of home presence at times requested by the caregivers (day or night, week or weekend).
2. Specialized training in Alzheimer's for the senior sitters, including tailor-made assistance and stimulation of cognitive and communicational skills of patients, using an innovative pedagogical tool with recreational activities designed by an occupational therapist. There are four thematic activities (Daily life, Well-being, Play, Creation) that come together in a 'communicational suitcase'.

2.1.2 Case B - 'SmartControl': A rationalized system for the management of home support services

The second case study was a technological innovation implemented in a homecare agency with more than 1,200 workers, including 750 HCWs. The teams were mainly female (more than 95%) and graduated as HCWs. They provided several services a day (minimum of 45 min) to assist older adults with activities of daily life. The innovation consisted of equipping all HCWs with a smartphone containing an application, which enabled HCWs to consult their schedule, confirm the services provided by scanning a QR code at the older adults/caregivers' home, and systematize their work-related movements. It offered the possibility to activate an emergency button to communicate with the head office or colleagues if necessary and to introduce the digital world to older people who are unfamiliar with this type of tool.

By equipping and training all HCWs, the objectives of this innovation announced by the designers were as follows:

1. To initiate administrative simplification by replacing paper forms with an electronic tool.
2. To improve the quality of care and the efficiency of HCWs' work organisation, and consequently, to involve HCWs in multidisciplinary teams, facilitating the coordination with other medico-social professionals, most of whom already use apps for managing older adults/caregivers' records.

2.2 Data collection and analysis

2.2.1 Method and participants

For the data collection, we used a triangulation of methods (Carter et al., 2014), combining three steps and complementary data sources: documentary review; semi-

structured individual interviews for managers and innovation designers; and participatory approach using the GAM program (Van Campenhoudt et al., 2005), in four workshops with HCWs. All workers received an official paper letter and email from the organisation informing them about our research objectives and inviting them to participate. The participating HCWs were selected by each organisation's service coordinator (SC), following the previously agreed inclusion: participants' number (between 9 and 12); being a peer group member; weekly working hours and schedule; varied geographical intervention areas (rural or urban); age, gender, and year of seniority variability (Tables 1 and 2). Although the group was composed by the SC, the HCWs had the option of participating voluntarily. To motivate them, the workshops were scheduled during training or delivery hours. Those who agreed to participate were informed through an email from the SC of the workshops' dates and places. All participants provided verbal informed consent before the interviews and workshops.

Table 1. Participants of case A : 'At-Any-Time'

Case A : 'At-Any-Time'							
Method of data collection	Participants number	Occupation	Work's seniority	Working time (hrs/week)	M/F	Age	Means of transport
Workshops 1, 2, 3, 4 of GAM program with a group of 9 HCWs	1	Senior sitter	2 years	19h	F	24	Car
	2	Senior sitter	5 years	19h	F	29	Car
	3	Senior sitter	5 years	19h	F	47	Car
	4	Senior sitter	5 years	19h	F	35	Car
	5	Senior sitter	5 years	19h	F	45	Car
	6	Senior sitter	5 years	19h	F	55	Car
	7	Senior sitter	4 years	19h	F	31	Car
	8	Senior sitter	4 years	19h	F	40	Car
	9	Senior sitter	4 years	24h	F	26	Car
Individual interviews and workshop 4 of GAM program	13	General director			M		
	14	Service coordinator			F		
	15	Occupational therapist			F		
	16	Hospital referent			M		
Workshop 4 of GAM program (only)	17	Operational director			F		
	18	Team supervisor			F		

Table 2. Participants of case B : 'SmartControl'

Case B : 'SmartControl'							
Method of data collection	Participants number	Occupation	Work's seniority	Working time (hrs/week)	M/F	Age	Means of transport
Workshops 1, 2, 3, 4 of GAM program with a group of 12 HCWs	1	Homecare worker	3 months	32h	F	21	Car
	2	Homecare worker	6 years	38h	M	45	Car
	3	Homecare worker	12 years	30h	F	35	Car
	4	Homecare worker	1 years	32h	F	50	Car
	5	Homecare worker	36 years	20h	F	55	Bicycle
	6	Homecare worker	26 years	20h	F	55	On foot
	7	Homecare worker	1,5 years	32h	F	38	Car
	8	Homecare worker	3 years	32h	F	53	Car
	9	Homecare worker	10 years	19h	F	38	Car
	10	Homecare worker	18 years	30h	F	40	Car
	11	Homecare worker	6 years	38h	F	58	Car
	12	Homecare worker	2,5 years	32h	F	26	Car
Individual interview (only)	13	Department director			M		
Individual interview and workshop 4 of GAM program	14	Department manager			F		

2.2.2 Step 1: Documentary analysis

We analysed documents from the organisations (reports, regulations, reports of meetings, statutes, and charters) and also external resources (press articles and scientific documents). A template was developed to record the data collected for each case study, which enabled the drawing up of a descriptive table of each case, before the second phase of data collection. It included the following topics: 1. Historic, process, dynamic of innovation; 2. Innovators profile; 3. Governance system of the organisation; 4. Work conditions and work organisation, workplace wellbeing policy, and workers' participation; 5. Older adults/caregivers' profile and nature of relationship with workers; 6. Business model of the organisation.

2.2.3 Step 2: Semi-structured individual interviews

To complete our data on the internal functioning of the participating organisations, their dynamics of innovation, and their well-being policies, we conducted semi-structured individual interviews with the management and innovation designers (Tables 1 and 2). All interviews were recorded and fully transcribed for data coding and thematic content analysis (Blaise & Martineau, 2006). The interview guide was structured based on the 6 template topics mentioned above. Interviews made it

possible to complete the template pre-filled with documentary data and prepare the third stage of the research.

2.2.4 Step 3: Participatory approach with group analysis method program

The participatory approach with a GAM program is a collective interview method, based on the involvement of participants in the situation analysis, their narratives and lived experiences (Van Campenhoudt et al., 2005). The GAM took place in three workshops of three hours each (recorded and fully transcribed) and led to the development of an action plan with practical objectives. A fourth workshop was planned afterward to present the results and solutions generated to the management (Figure 1) as a restitution session.

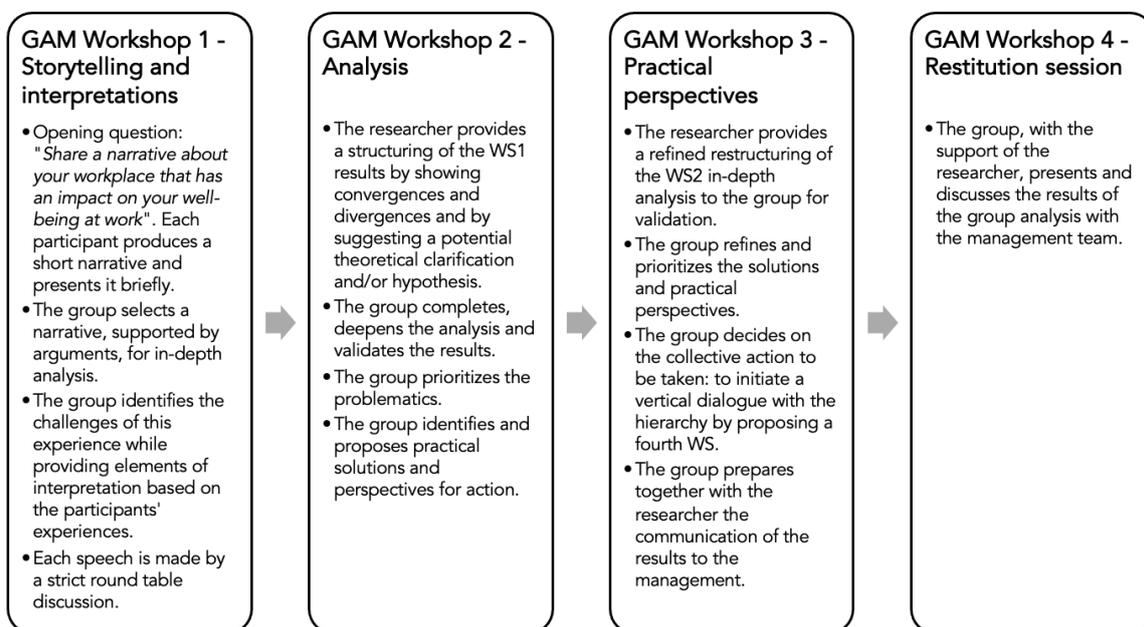


Figure 1. Steps of the GAM program to our cases

This rigorous method differs from the classical focus group, as it requires the involvement and reflexivity of the researcher and participants during the research process and the development of new insights (Van Campenhoudt et al., 2005). Data processing and analysis were systematically carried out between each workshop according to the following steps: transcription, segmentation into units of meaning, coding, and structuring the results by a synthesis flowchart. The latter integrates convergences, divergences, and problems with emerging tensions and hypotheses (Krief & Zardet, 2013; Van Campenhoudt et al., 2005). Each synthesis of the results was submitted to the participants at the beginning of each subsequent workshop for validation. The details of the process are presented in Figure 1. Then, a lexical analysis was carried out to count word occurrences in speeches (Krief & Zardet, 2013). Finally, aiming at producing a cumulative knowledge, we executed a

comparative analysis of the results to identify the common versus the specific elements embedded in each case context.

3. FINDINGS

Tables 1 and 2 provide an overview of the characteristics of the participants. The findings presented are mainly based on data from the workshops, which make up the bulk of the participatory research work, but are triangulated with some data from the individual interviews.

It is important to emphasize that, in both cases, innovations were conceived by the management, without concrete participation of HCWs in the reflection on work organisation or other aspects of the innovation. The HCWs were only involved in the innovation process at the time of its implementation, particularly in the test phase.

Furthermore, HCWs highlighted the fact that the innovation introduced in their routines, and the way work was now organized, was the key and main source of the deterioration of their working conditions, which caused stress and professional exhaustion. The 'At-Any-Time' group selected a story regarding the overload caused by time management, while the "SmartControl" group focused on the intensification of work and control, triggered by the introduction of the new IT system. Participants reported being more '*stressed*', '*exhausted*', '*nervous*', '*under pressure*', as a consequence of the change in their working habits. HCWs reported feeling '*squeezed like [a] lemon by family and manager*' inspiring us to name the analysis model '*Squeezed Lemon Model*', which we proposed in Figure 2, and which represents the conceptualization of the set of results obtained for the two case studies.

3.1 Description of results for Case A 'At-Any-Time'

During the situation analysis, HCWs expressed significantly fewer problems related to the caregiving environment and relationship, focusing mainly on problems related to work organisation, especially of work schedules. The term '*schedule*' and its alternative '*hours*' appeared more than 180 times during the four workshops, generally associated with the term '*exhaustion*'.

3.1.1 Fragmented, irregular, and unpredictable schedules

The employer's focus on tailor-made responses to older adults/caregivers' requests resulted in fragmented, irregular, and unpredictable working hours for HCWs. HCWs highlighted the '*inadequate management of working times*'. HCWs explained how their employer asked repeatedly for availability, under the pretext of the flexibility announced at the job interview, beyond the time stipulated in the employment

contract. These demands were felt by the group as exhausting and stressful, and they impacted work-life balance. One participant said, *'I risk being burned out (...). That is because we are being 'squeezed like lemons'. We are off duty, but we were called for a change of schedule! I had an activity to do with my family and the manager said to me: You have to do a replacement (...) But it is too much. One day, my husband told me: You have to choose, it's work or me!'* (Senior Sitter-Workshop1).

According to HCWs, these irregular schedules imposed by the organisation made it impossible to plan personal activities and seemed equivalent to working full time while receiving a low salary: *'My second day is only going to start: I began at 8a.m., I will finish at 8p.m., I earn 'cherry tails'⁷, and I am not there for the children'* (Senior Sitter-Workshop1).

As an indication of the vicious circle set up in the service, colleagues' absences due to illness are one of the causes of frequent requests for replacement: *'We are stressed when calling to say that we are sick, because we know that colleagues will be asked to take over'* (Senior Sitter-Workshop1).

Additionally, there are difficulties associated with travel in (semi) rural and urban areas and the lack of time for lunch or for taking a break between two services. One senior sitter says: *'Sometimes when it's work in the morning and work at lunchtime, there's still a travel in between. I'm sorry but we should have a 15-min break, to breathe, to eat a little bit, smoke a cigarette, get some fresh air, it's something that allows us to breathe! I need to have my 15-min break! In reality it's 'Not possible', you need to be at the other's house and be in shape!'* (Senior Sitter-Workshop2).

During the individual interview, the service coordinator recognized the difficulty of balancing family life but also highlighted management imperatives to rationalize its importance. He emphasized that, despite the difficulty, HCWs were expected to be flexible.

The physical and psychological strain in managing heavy cases with complex needs also amplifies the problem. One employee explained the days felt long, due to the heavy physical and psychological demands inherent to the disease, combined with the exhausting schedules. The analysis of the individual interviews revealed that the impact of work on employees' well-being is known to the management, who stated that some have been absent due to back injuries or burnout: *'It's more of a work-related exhaustion, I think!'* (Senior Sitter-Workshop1). However, even after having identified the difficulties of the HCWs, this awareness has not led to a re-

⁷ 'Cherry tails' is a French expression meaning 'a few crumbs'

examination of the innovation. There is a strong emphasis on working toward meeting the needs of older adults/caregivers.

3.1.2 Quality of care service altered despite motivation by the support relationship

Despite these difficult working conditions, employees cited their relational commitment to older adults as an important source of motivation. Some referred to the notion of *'love of the job'* and, for this reason, accepted overtime even when sick. One HCW explained she returned early from sick leave after having the flu, to avoid tension in the service. Another said, *'What if it were one of my little older adult who needed me?'* (Senior Sitter-Workshop1). The service coordinator shared this vision: *'It is not easy, but we feel that they love their job; they would not want to change it because of the schedules'* (Service coordinator - Individual interview). However, this motivation must be kept in perspective; HCWs recognized that the service quality, the care relationship specific to Alzheimer's had decreased, and the real meaning of the initial innovative project was undermined. The pedagogical tool was no longer used during the services since it was overall a question of providing a reassuring presence for the senior at the time that suited the family and to respond to the request for respite: *'We are so much in demand that we end up losing the meaning of the innovative project, which is to stimulate the cognitive abilities of the older adult with Alzheimer's disease. (...) The communicational suitcase, I do not even take it with me anymore!'* (Senior Sitter-Workshop2).

While noting the impact that the conditions of service and the organisation have inflicted on their own well-being, the HCWs have fully accepted the objectives pursued by the managers of the innovative service. They pointed out that if the coordinator refuses an older adults/caregiver's request because of a lack of available staff, the older adults/caregivers will not be satisfied and may use a competing, non-specialized service instead: *'She asked me to replace someone, she knows very well that if I don't accept, it's going to be a big problem, because there will be no one to provide the service. I agreed, negotiating to leave an hour early. The family carers has activities that he or she will have to cancel and will not be happy. (...) If it becomes recurrent, people will drop our services.'* (Senior Sitter-Workshop2).

Confronted with these pressures, poor working conditions, and low pay, some unhappy employees declared to stay mainly for relational reasons and because their qualifications offer limited pathways leading to employment: *'I'm fed up with everything, I want to change jobs, but I don't have the opportunity to go elsewhere. I'm in demand full-time and I'm only paid part-time! And the fact that I have a family life with young children is not a reason, but it's my own (...) I love the job, I love the older adults, and that's what keeps me in the job!'* (Senior Sitter-Workshop2).

3.2 Description of results for Case B 'SmartControl'

In the 'SmartControl' case, the term 'stress', and its variants 'stressed' and 'stressful', occurred more than 190 times. Many participants reported stressful situations caused by using smartphones to manage their care services.

3.2.1 Work intensification and increased control perception by the organisation

The collective analyses of the selected narrative involved several stress factors, for example, smartphones use: *'I arrive at older adult's home; I am already stressed by the requirement to scan before 8:15 a.m.'* (HCWs-Workshop1). HCWs indicated constantly being worried about arriving late or forgetting to scan as well as technical malfunctions.

Another reported stress source was the concern of feeling under suspicion and being controlled during work trips and services via an integrated geolocation system. For example, one worker reported being concerned about an 'AirWatch' notification that appears on the screen and allows the organisation to take control of the smartphone: *'What is this; is it a spyware?'* (HCWs-Workshop2).

According to the HCWs, although the new tool provides practical and some communicational advantages, its integration made working processes more complex due to the obligation to scan upon arrival at the home within the first quarter of the service time hour. Scan delays were not tolerated when sometimes this was due to technical or mobile network problems. This was a source of considerable stress, detrimental to a calm relationship with the older adults/caregivers.

Additionally, the smartphone made it difficult to 'disconnect' from work outside of working hours. One worker indicated feeling obliged to answer the phone even outside of work.

3.2.2 Human dimension altered in the care relationship

The arrival of this tool altered the quality and nature of the care relationship. The stress generated by the need to scan on time disrupted the meeting with a (new) older adult, i.e., the HCW, concerned about the scan, did not greet the older adults/caregivers upon arrival as usual.

Some HCWs reported that smartphone use made some older adults aggressive. One employee underlined, *'Once, an older adult wanted to rip it out of my hands (...). Another day, I was sequestered by a psychiatric older adult because of the bip-bip of my smartphone'* (HCWs-Workshop2). Other HCWs saw advantages in that it stimulated the curiosity of the older adults/caregivers, created other types of exchanges and protected HCWs from certain abuse. One HCW explained that the

smartphone puts a barrier between the HCWs and the older adults/caregivers, reminding these that the HCWs do not belong to them, or have to accommodate every request.

Despite these benefits, the stress and feeling of having lost humanity and friendliness, and a sense of being more controlled by the organisation, were predominant in the group's discourse, with one HCW expressing the term '*manufacturing process*' (HCWs- Workshop2), since the volume of staff has increased, and this innovation was introduced in their work.

3.3 Well-being of HCWs caught between two tensions

The objectives pursued by the innovation designers came into tension with an unsustainable work environment, governed by a high degree of flexibility in the first case and a technological rationalization of the organisation in the second case. This impacted the well-being of HCWs, who were caught up in the middle of these two tensions. These were further understood when the discussion between HCWs and management was looked into.

For 'At-Any-Time', according to HCWs, the imbalance between their well-being and the older adults/caregiver's satisfaction comes mainly from the service's inclination to accept new older adults/ caregivers and respond to the growing demands, while confronted with reduced staff. However, the service coordinator had another perception and stated that the senior sitters do not always remember that the caregivers choose the schedules.

For the General Director, it is not possible to change this way of working because it is in the interest of the organisation, and reducing flexibility could compromise the service.

Conversely, for 'SmartControl', HCWs indicated that management control is at the core of the problem. On the other hand, according to management, technological innovation has been designed to optimize the service, while limiting the use of paper and offering a high-quality service. The department manager explained that the organisation trademark is to respond as quickly as possible to demands, and thus he was unwilling to limit service accessibility for everyone's comfort.

3.4 Avenues for improvements as noted by HCWs

Concerning potential improvements and regulation, participants from the two groups independently offered similar proposals, such as setting up specific meetings to discuss well-being at work, and the meaning of the innovation.

For 'At-Any-Time', out of 13 proposed solutions, 2 emerged as priorities: (1) establish an organisational system to regulate demand according to needs and priorities; (2) meet more often with the hierarchy to explore their feelings, experiences, well-being, and address work management issues.

For 'SmartControl', out of 15 proposed solutions, 2 stood out: (1) reconsider timetables and travel, and implement policies such as a few minutes flexibility between care provisions; (2) organizing additional meetings between staff of the same and different categories.

3.5 Conceptualization of the overall results and the 'Squeezed Lemon Model' development

Based on the results, we conceptualized the results set and developed our analysis model, called the 'Squeezed Lemon Model' illustrated in Figure 2.

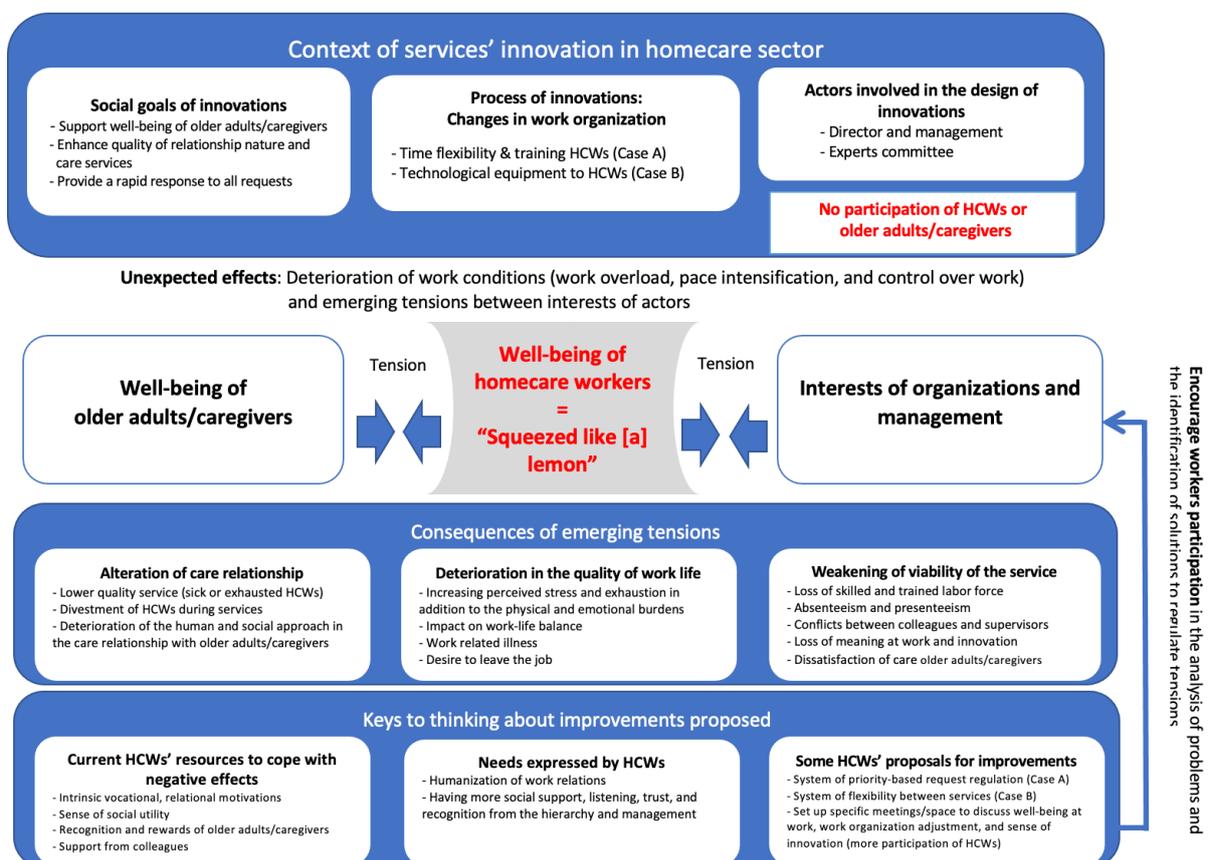


Figure 2. 'Squeezed Lemon Model'

This model presents two strong tensions revealed by the indepth and comparative case analysis. The first tension is an imbalance between the well-being of HCWs and older adults/caregivers, with the latter being pursued through innovative processes at the expense of the former. The second is a tension between HCWs well-being

and the satisfaction of the organisation's interests through the innovation process developed.

HCWs well-being is therefore caught or '*Squeezed like a lemon*' between the satisfaction of the demands of older adults/caregivers and the interests of the organisation. The deterioration of working conditions and these tensions have three main consequences: (1) a negative impact on HCWs well-being (stress, exhaustion, illness), (2) the alteration of care relationship with older adults/caregivers, and (3) service viability weakening.

To cope with negative effects on their well-being, the HCWs rely on personal resources, such as the '*love for the profession and the older adults*' and the gratitude received from this relationship. However, this became insufficient, and they demanded more social support, recognition, and a re-humanization of their working relations.

As for possible improvements and regulation, besides specific proposals for their work organisation, participants from the two groups independently gave similar proposals: to set up more participation and specific meetings to discuss well-being at work, work organisation adjustment, and sense of innovation.

4. DISCUSSION

In both cases, the results revealed that the introduced innovations deteriorated the existing working conditions, intensified the emergence of occupational risks, particularly psychosocial risks, and had an impact on HCWs' well-being and work-life balance. Indeed, the terms '*stress*' and '*exhaustion*' were systematically used by the participants.

Organisational change and innovation in non-profit homecare agencies lead to increased job stress (Denton et al., 2002). In this study, we demonstrated the existence of tension between the well-being of HCWs, that of older adults/caregivers, and the strategic and financial management interests of the organisation.

Puissant (2011) proposed a triangular model in which the supervising staff act as a 'go-between', promoting a better balance between the interests of users, HCWs, and the organisation, to avoid any downward slide of certain 'clients' (Puissant, 2011). Models like this may apply to the results, but the participatory approach highlighted that the HCWs well-being is caught between two other poles of tension: the older adults/caregivers and the organisation. This intermediate role does not work if managers are not expected to balance competing interests.

Therefore, we proposed our own model of analysis in Figure 2, based on the inductively produced core idea: HCWs feel *'squeezed like lemons'*, between the well-being of the older adults/caregivers and the interests of the organisation. We aimed to highlight the hypothesis of an imbalance between these elements due to the innovation conceived without the participation of those directly concerned: HCWs and older adults/caregivers.

4.1 How can we explain this imbalance in our case studies?

4.1.1 A shift toward new public management and just-in-time

First, these innovations are part of the rationalization and standardization processes that have been implemented in work organisations, including the homecare sector, for several decades (Chanial, 2010). Emphasis is put on effectiveness, efficiency, meeting users' expectations, and worker's responsibility and accountability in achieving the objectives outlined (Rey, 1993). These dimensions can be found in the two case studies carried out.

On the one hand, for *'At-Any-Time'*, to ensure the quality of service and immediate response to users' demands, personalized services, and increased flexibility were required by employers (Dussuet, 2005). In our study, flexibility seemed to mean meeting the imperative norm of urgency and immediacy, which had negative effects on the quality of service provided and the well-being of the HCWs (de Nanteuil-Miribel, 2005). The results showed that the original innovation objectives were completely abandoned because, having HCWs available on demand, it turned into a simple respite project for caregivers.

Conversely, while the introduction of technological innovation through tools such as *'SmartControl'* is considered to improve work efficiency and care quality (Borgiel et al., 2013), HCWs perceived it to dehumanize the care relationship and increase control over their work. *'Caring rationality'* and *'technological rationality'* can come into tension as the new technology interferes with the primary caregivers' mission: provide quality care (Marchesoni et al., 2017).

4.1.2 Demands or needs: An apparent confusion

Our study highlights the confusion between the existing needs of older adults and their demands. The objectivity of the assessment of nursing needs using specific tools usually applied in more formal contexts contrasts with the less formalized nature of homecare services (Genet et al., 2013). As in our case studies, a survey of older adults' needs is carried out by the team supervisor at the patient's home. Correctly defining these needs is fundamental to avoid an imbalance between the well-being of older adults/caregivers, and HCWs (Davin et al., 2006). In the long

term, the risk of a "customer is the king" logic for the benefit of organisation is twofold: impacting the quality of services and weakening the sustainability of the innovative project (Westerberg et al., 2016).

4.1.3 The caring relationship as a 'lifeline' or the job as a 'safe haven'?

In contrast to difficult working conditions, the participants of both groups reported a great sense of usefulness and reward coming from the caring relationship. The sentence *'I love my job'* was recurrently pronounced during the workshops. The same quote types are indeed frequently found among studies on HCWs (Ashley et al., 2010). Love for the work, together with the ability to respond to people's needs based on personal experience or the acquisition of knowledge and competencies through self-training, constitute the so-called vocational discourse, often used by HCWs of this sector (Ribault, 2008). Taking care of older adults goes far beyond the technical skills needed in the curing process. These 'soft-skills' include relational and emotional skills and are critical to quality care. Although often undervalued by employers, HCWs attach crucial importance to them (Godwyn & Gittel, 2011; Sherwin & Winsby, 2011).

Additionally, because of their low qualifications, some HCWs remain in employment 'for the lack of finding anything better' (Ilama et al., 2014). This type of job constitutes a 'refuge-employee' for women who are disadvantaged in the labor market (Avril, 2006).

In Belgium, the organisations suffer from turnover and have difficulty recruiting, for the same reasons found in the United States or elsewhere in Europe: low salaries, professional precariousness, low employment status (Stacey, 2005), invisible nature of work (Martin-Matthews, 2007), lack of professional development, irregular working hours, and very high physical and emotional stress (Franzosa et al., 2019). Yet, the staffing needs are high (Belot et al., 2018), and economic projections predict that the homecare sector will be one of the most important ones in Europe (Cangiano, 2014) and the United States (Spetz et al., 2015) and will face a double challenge due to demographic growth: creating enough quality jobs to meet the new needs of the older adults/caregivers, and fighting against hidden labor (Kvist, 2012).

4.2 How can this imbalance be regulated?

One of the solutions proposed later by the HCWs was inspired by the participatory approach with the GAM program: 'setting up a specific meeting to discuss' with HCWs, started with this group, to analyse in-depth the proposed solutions

implement them in collaboration with the managers. According to Detchessahar, the 'Spaces for discussion Theory'⁸ prevent occupational health and psychosocial risk (Detchessahar, 2013). This research has demonstrated the importance of developing a participation policy. Therefore, we propose in our model (Figure 2) an arrow that aims to encourage worker participation to regulate and rebalance existing tensions and, more generally, to consider all stakeholders' participation from the first phase of designing an innovation.

The literature confirms that innovations are also characterised by their process, particularly by stakeholders' participation and workers' and users' involvement (Rollin & Vincent, 2009). Participation is an essential dimension of health and welfare reforms (Giraud et al., 2014), and it is fundamental to involve workers in innovation planning and implementation, encourage them to become more involved in decision-making, and recognise their contributions as a significant component of the innovative project (Kaasalainen et al., 2010; van Niekerk et al., 2021).

4.3 Methodological considerations

Our study has several strengths. Undeniably, this participatory approach is considered original for the sector, as it involves HCWs, whose views are often neglected in the process of analysis and improvement of working conditions. In this sense, the choice of the GAM program made it possible to develop shared knowledge on a critical subject, by and with HCWs who validated the results. Also, it should be highlighted that it creates a participatory dynamic in organisations and promotes HCWs/management dialogue.

The design of our participatory approach with the GAM program has deliberately included only HCWs from the same category, to promote the free expression of their own views. However, it would have been worth conducting individual interviews with team supervisors to better understand the impact of innovation on working processes. Furthermore, it would have been interesting to plan a workshop with the HCWs a few months later to analyse the evolution of the participatory process. Finally, to explore in-depth the phenomenon of tension between the well-being of HCWs and older adults/caregivers, it would be interesting to research older adults and their caregivers at a later stage.

4.4 Future research

The present study relies on qualitative data regarding workers involved in specific projects. Future research should try to verify the generalizability of the findings by

⁸ In French, 'Spaces for discussion Theory' called 'Théorie des Espaces de discussion'

conducting a large-scale survey based on longitudinal quantitative data. Doing so will help confirm the existence, and strength, of the causal path from the workers' participation to improved quality of their care relationship with older adults/caregivers through well-being at work.

5. CONCLUSION

Our research confirms that the issue of well-being at work must be considered more often as a fundamental element in this rapidly evolving sector. Consequently, the proper provision of services to older adults/caregivers must be ensured in a working environment that guarantees the preservation of HCWs' well-being and their development. Organisations that innovate in the sector should not only prioritize the rationale behind innovative projects and/or the organisation's interests but should fully and simultaneously integrate an explicit logic of well-being at work from the beginning. This should include in-depth reflections on these issues with the key figures involved in the project, that is, the HCWs. To avoid worsening HCWs' vulnerability in this particular sector and to ultimately make these professions more attractive, innovative organisations and public authorities must be aware of and recognize the existing tensions as pointed out in our study.

ACKNOWLEDGMENTS

We warmly thank all senior sitters and homecare workers from both organizations who were heavily involved in the participatory approach throughout the process and contributed substantially to the research with their experiential and lived knowledge related to their work. We are grateful to the organizations and all members of the social innovation projects who participated in the study. We thank Editage.com, Dr Deborah Lambotte and Dr. Sandra Tricas-Sauras for English language editing. We would also like to thank the 'Fondation Universitaire de Belgique' for its financial support for the revision of the English language. We thank Prof. Florence Degavre, who coordinated the WISDOM research, as well as all researchers: Ela Callorda Fossati, Jean Macq, Marthe Nyssens, Olivier Schmitz, who participated in this large multidisciplinary study. Finally, we warmly thank our patron UNIPSO (Union des Entreprises à Profit Social) and all members of the steering committee that provided support and insightful suggestions throughout the study: FASD (Fédération d'Aide et Soins à Domicile), FCSD (Fédération des Centres de Services à Domicile), Fédom (Fédération wallonne de services d'aide à domicile) and FMM (Fédération des Maisons médicales).

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

REFERENCES

- Adekpedjou, R., Stacey, D., Brière, N., Freitas, A., Garvelink, M., Turcotte, S., Menear, M., Bourassa, H., Fraser, K., Durand, P., Dumont, S., Roy, L., & Légaré, F. (2018). " Please listen to me ": A cross-sectional study of experiences of seniors and their caregivers making housing decisions. *PLoS ONE*, 13(8), e0202975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202975>
- Alessio, C. (2014). Elder care and migrant labor in Europe : A demographic outlook. *Population and Development Review*, 40(1), 131–154.
- Andersson Marchesoni, M., Axelsson, K., Faöltholm, Y., & Lindberg, I. (2017). Technologies in older people' s care: Values related to a caring rationality. *Nursing Ethics*, 24(2), 125–137. <https://doi.org/10.1177/0969733015594665>
- Ashley, A., Butler, S. S., & Fishwick, N. (2010). Home-care-aides voices from the field: Job experiences of personal support specialists—the maine home care worker retention study. *Home Healthc Nurse*, 28(7), 399–405. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e3181e325eb>
- Avril, C. (2006). Le travail des aides à domicile pour personnes âgées: Contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*, 3(216), 87–99.
- Ballara, K., & Lamargue, S. (2019). *Etude préliminaire : Les métiers de l'aide à domicile. Validée par la Chambre des Métiers le 05/04/2019* (Vander Vorst, T. (Ed.)). Service Francophone des Métiers et des Qualifications.
- Belot, C., Dalla Valle, C., Hindlet, E., Quintin, C., Lelupe, A., Marchal, J.-F., Naveaux, F., Roelandt, C., Vander Stucken, N., & Watelet, W. (2018). *Evolutions clés sectorielles et effets sur les métiers: Une synthèse* (J. Chalon, & J. Manfron (Eds.)). Le Forem Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d' une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1–18.
- Borgiel, K., Latortue, X., Minel, S., & Merlo, C. (2013). Holistic approach to management of innovation : A home care case study. *Confere.* hal-01015818, Biarritz, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01015818/document>
- Bouchard, M., & Levesque, B. (2010). Économie sociale et innovation. L'approche de la régulation, au cœur de la construction québécoise de l'économie sociale. *Les Cahiers du CRISES Collection Études théoriques.* no ET1103, Québec, Canada. <https://crises.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/10/ET1103.pdf>
- Bourguignon, M., Eggerickx, T., Sanderson, J. P., & Dal, L. (2017). Le vieillissement de la population des communes de Wallonie. In J. Guyot, & J. Marquet (Eds.), *Le bien vieillir en Wallonie: Enjeux et prospective* (pp.

- 63–87). Presses Universitaires de Namur.
- Brolis, O., & Nyssens, M. (2015). La qualité des emplois peu qualifiés dans l'ESS: La mission de l'entreprise fait-elle une différence? *Economie et Société Série AB; Economie Du Travail*, 7, 1047–1077.
 - Brulin, C., Winkvist, A., & Langendoen, S. (2000). Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of Advance Nursing*, 31(1), 181–189. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01209.x>
 - Bryson, A., Dale-olsen, H., & Barth, E. (2009). How does innovation affect worker well-being ? *CEP Discussion*, 953.
 - Callorda Fossati, E., Bensliman, R., Casini, A., Degavre, F., & Schmitz, O. (2017). Identifier et sélectionner des cas d'innovation sociale. Les apports de la méthode Delphi à l'élaboration d'un terrain empirique dans le champ de l'accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In A. Vandenhooft, S. Carbonnelle, T. Eggerickx, V. Flohimont, & S. Perelman (Eds.), *Vieillesse et entraide: Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux?* Univer'cité, Presses Universitaires de Namur. <https://www.pun.be/resources/titles/99993100748190/extras/Vieillesse-et-entraide-tdm.pdf>
 - Cangiano, A. (2014). Elder care and migrant labor in Europe: A demographic outlook. *Population and Development Review*, 40(1), 131–154.
 - Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
 - Casini, A., Bensliman, R., Fossati, E. C., Degavre, F., & Mahieu, C. (2018). Is social innovation fostering satisfaction and well-being at work? Insights from employment in social enterprises providing long-term eldercare services. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29(6), 1244–1260. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-0001-3>
 - Chaniel, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. *Revue Du MAUSS*, 35(1), 135–150.
 - Davin, B., Joutard, X., Moatti, J., Paraponaris, A., & Verger, P. (2006). Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile: Une approche à partir de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » 1. *Sciences Sociales et Santé*, 24(3), 59–93.
 - Day, A., Crown, S. N., & Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout: The moderating effects of support and job control. *Safety Science*, 100, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.03.004>
 - de Almeida Mello, J., Declercq, A., Cès, S., Van Durme, T., Van

- Audenhove, C., & Macq, J. (2016). Exploring home care interventions for frail older people in Belgium: A comparative effectiveness study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2251–2256. <https://doi.org/10.1111/jgs.14410>
- de Nanteuil-Miribel, M. (2005). La flexibilité est-elle un choix rationnel? In M. de Nanteuil-Miribel (Ed.), *La société flexible: Travail, emploi, organisation en débat* (pp. 51–78). ERES.
 - Degavre, F., & Nyssens, M. (2012). Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. *Research Report*. Université Catholique de Louvain, 39–40. <http://hdl.handle.net/2078.1/112096>
 - Denton, M., & Davies, S. (2003). Organizational change and the health and well-being of home care workers. *SEDAP Research Paper*, 110.
 - Denton, M., Zeytinoglu, I. U., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 327–357. <https://doi.org/10.2190/VYN8-6NKY-RKUM-LOXW>
 - Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux: Quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57–80.
 - Devetter, F.-X., Messaoudi, D., & Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail: Les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 2, 244–268.
 - Dury, S., De Roeck, E., Duppen, D., Fret, B., Hoeyberghs, L., Lambotte, D., Van der Elst, M., van der Vorst, A., Schols, J., Kempen, G., Rixt Zijlstra, G. A., De Lepeleire, J., Schoenmakers, B., Kardol, T., De Witte, N., Verté, D., De Donder, L., De Deyn, P. P., Engelborghs, S., ... Dierckx, E. (2017). Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: Focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging and Mental Health*, 21(10), 1031–1039. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1193120>
 - Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : enquêtes sur les services à domicile*. l'Harmattan.
 - Dussuet, A. (2010). Un modèle associatif de régulation du travail? L'exemple d'associations de services à domicile. *Politiques et Management Public*, 27(1), 79–96.
 - Dussuet, A. (2013). Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. *La Revue de l'Ires*, 78(3), 77–97. <https://doi.org/10.3917/rdli.078.0077>
 - ENWHP. (2007). The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion. *European Network Workplace Health Promotion*. Luxembourg. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf

- Fernández-carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*, 36(3), 586–612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>
- Franzosa, E., Tsui, E. K., & Baron, S. (2019). “Who’s caring for us?”: Understanding and addressing the effects of emotional labor on home health aides’ well-being. *The Gerontologist*, 59(6), 1055–1064. <https://doi.org/10.1093/geront/gny099>
- Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., Switsers, L., Hoens, S., Van Regenmortel, S., & Verté, D. (2019). Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e43), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000100>
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2013). *Home care across Europe. Case studies. Volume II : Home care country-by-country*. European Observatory on Health Systems and Policies. George, E., Hale, L., & Angelo, J. (2017). Valuing the health of the support worker in the aged care sector. *Ageing and Society*, 37(5), 1006–1024. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000131>
- Giraud, O., Lucas, B., Falk, K., Kumpers, S., & Lechevalier, A. (2014). Innovations in local domiciliary long-term care: From libertarian criticism to normalisation. *Social Policy and Society*, 13(3), 433–444. <https://doi.org/10.1017/S1474746414000153>
- Godwyn, M., & Gittel, J. (2011). *Sociology of Organizations: Structures and Relationships*. Sage Publications (ed.).
- Guidetti, G., Converso, D., Loera, B., & Viotti, S. (2018). Concerns about change and employee wellbeing: The moderating role of social support. *Journal of Workplace Learning*, 30(3), 216–228. <https://doi.org/10.1108/JWL-09-2017-0083>
- Hartmann, H., & Hayes, J. (2017). The growing need for home care workers: improving a low-paid, female-dominated occupation and the conditions of its immigrant workers. *Public Policy and Aging Report*, 27(3), 88–95. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx017>
- Irama, I. I., Belghiti-mahut, S., & Briole, A. (2014). Une qualité d’emploi mitigée: Qu’est-ce qui motive les aides à domicile ? *Revue Interventions Économiques. Papers in Political Economy*, 51, 1–24.
- Kaasalainen, S., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Thorpe, L., Whiting, S., Neville, S., & Tremeer, J. (2010). Creating bridges between researchers and long-term care homes to promote quality of life for residents. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1689–1704. <https://doi.org/10.1177/1049732310377456>

- Kontis, V., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: Projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 389(10076), 1323–1335.
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches En Sciences de Gestion*, 95(2), 211–237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Kvist, E. (2012). Changing social organizations of care: A comparison of European policy reforms encouraging paid domestic work. *European Journal of Ageing*, 9(2), 111–117.
- Martin-Matthews, A. (2007). Situating 'Home' at the Nexus of the public and private spheres: Ageing, gender and home support work in Canada. *Current Sociology*, 55(2), 229–249. <https://doi.org/10.1177/0011392107073305>
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J., & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- Puissant, E. (2011). Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariées. *Formation Emploi Formation Emploi. Revue Française de Sciences Sociales*, 115(3), 37–50. <https://doi.org/10.3917/form.115.0037>
- Rey, J.-P. (1993). *Le contrôle de gestion des services publics*. (Dunod).
- Ribault, T. (2008). Aide à domicile : De l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue Française de Socio-Économie*, 2(2), 99–117.
- Rollin, J., & Vincent, V. (2009). Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec. *Réseau Québécois En Innovation Sociale*.
- Sherwin, S. B., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, 14(2), 182–190. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>
- Spetz, J., Trupin, L., Bates, T., & Coffman, J. M. (2015). future demand for long-term care workers will be influenced by demographic and utilization changes. *Health Affairs (Project Hope)*, 34(6), 936–945. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0005>
- Stacey, C. L. (2005). Finding dignity in dirty work: The constraints and rewards of low-wage home care labour. *Sociology of Health and Illness*, 27(6), 831–854. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00476.x>
- Statbel. La Belgique en chiffres. (2019). *Enquête sur les forces de travail 2019*. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/empl>

[oi-formation/marche-du-travail/les-professions-en-belgique#figures](#)

<https://doi.org/10.1186/s40249-021-00794-8>

- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en g roupe. Applications aux phénomènes sociaux*. (Dunod).
- van Niekerk, L., Manderson, L., & Balabanova, D. (2021). The application of social innovation in healthcare: A scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 26.
- Westerberg, K., Hjelte, J., & Josefsson, S. (2016). Understanding elder- care users' views on quality of care and strategies for dealing with problems in Swedish home help services. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 621–629. <https://doi.org/10.1111/hsc.12351>

Chapitre 9. The beneficial role of participation in decision-making process on the health and commitment of workers in a demanding work organisation context. A cross-sectional study in the health and homecare sector in French-speaking Belgium

Bensliman R, Mahieu C, Casini A. The beneficial role of participation in decision-making process on the health and commitment of workers in a demanding work organisation context. A cross-sectional study in the health and homecare sector in French-speaking Belgium. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Article accepté pour publication le 27 décembre 2023.

The logo for the Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM) is displayed. It features the acronym 'JOEM' in a large, bold, blue serif font. To the right of the acronym, the full journal title 'Journal of Occupational and Environmental Medicine' is written in a smaller, blue, sans-serif font. The background of the logo is a light blue gradient with a network of white lines and nodes, resembling a molecular or biological structure.

Abstract

Objectives

To test the hypothesis of a beneficial role of workers' participation in decision-making process as a buffer against demanding work organisation on mental and physical health and commitment.

Methods

A cross-sectional study (N = 1134) was conducted among workers employed in the health and homecare sector. Multiple regressions and moderation analyses were performed to test whether worker participation in decision-making moderates the association between demanding work organisation and health and whether it directly predicts worker commitment.

Results

As hypothesized, results show that demanding work organisation is negatively associated with the mental and physical health of workers and that participation in the decision-making moderates this negative association. Finally, participation in decision-making is directly related to work commitment.

Conclusions

Results are discussed in light of the recent evolution of work conditions in the health and homecare sector.

1. INTRODUCTION

Work organisation and working conditions are significant determinants of workers' health and well-being (Coupaud, 2017; Marmot & Bell, 2010; Marmot et al., 2012; Marmot et al., 2008). According to DeJoy et al. (2010), work organisation refers “to the way work processes are structured and managed, such as job design, scheduling, management, organisational characteristics, policies and procedures.” (DeJoy, 2010 : p 140). Building on two seminal theoretical frameworks such as the Job Demand-Control (JD-C) Model (Karasek, 1979) and the Job Demand-Resource (JD-R) Model (Bakker, Demerouti & Euwema, 2005), the present contribution will focus on two specific organisational factors, namely *demanding work organisation* and *participation in decision-making process* and their association with the workers' health and well-being in the *health and homecare sector*.

Following the JD-C Model developed by Karasek (1979), a highly demanding work organisation (e.g., high workload and pace intensification) has adverse consequences on workers' health (Karasek, 1979). Indeed, as shown in Bowling's meta-analysis (2015), an increased workload is negatively associated with mental well-being, strain, global health, physical symptoms, and emotional exhaustion (Bowling et al., 2015). In contrast, following Karasek's model, a high level of decision latitude, defined as “*the working individual potential control over his tasks and his conduct during the working day*” (Karasek, 1979 : p 289-290), reduces the adverse effects of high demands on workers' wellbeing. In line with this model, but going a step further, a systematic review by Egan et al. (2007) identified evidence demonstrating that specific participation interventions at the organisational level can benefit mental health employees (Egan, 2007).

In agreement with the JD-C Model, the JD-R Model suggests that certain organisational factors, such as autonomy, should be considered as occupational resources that, by moderating the effect of work demands, are beneficial to workers' health (Bakker & Demerouti, 2007). More precisely, this model identifies two interrelated psychological processes that may have an impact on occupational health: on the negative side, excessive and prolonged work demands would lead to burnout and poor health of workers, and on the positive side, work resources would foster a motivational dynamic leading to workers' commitment (Lesener, Gusy & Wolter, 2019). Yet, besides their beneficial effect *per se*, job resources act also as a buffer against the negative impact of job demands on workers' health and well-being.

The JD-R Model has been successfully applied to the homecare sector. For example, in 2003, Bakker et al. showed that high work demand was predictive of burnout and that resources such as autonomy and social support were positively associated with

job effectiveness in four homecare organisations (Bakker et al., 2003). We aim to build on this same model to analyse the health and well-being of the professionals in the health and homecare sector in Belgium.

According to Strandell (2020), work intensification in this sector has increased over time, and working conditions are deteriorating (Strandell, 2020). Indeed, health and homecare workers are facing significant organisational pressures to meet the growing demands of older adults to age in place and to respond to their progressively more complex care needs. As a result, this situation impacts workers' health, as demonstrated by Sayin et al., whose study proved that work intensification is significantly associated with stress (Sayin et al., 2021). Moreover, in homecare organisations with traditional pyramidal management, workers' participation in decisions concerning organisation of work and service delivery objectives is very low, and working conditions (e.g., changing schedules, travel between interventions, high workloads) are documented as being unfavourable for workers (Bensliman, Casini & Mahieu, 2022).

In this highly demanding work context, workers' participation in decision-making can be considered a relevant and timely protective resource for workers' health. Yet, it has received very little attention from researchers, and, to our knowledge, and its impact on workers' health has never been studied in the health and homecare sector.

Nonetheless, there are experiences from the field that suggest that participation in decision-making process could be one of the primary keys to substantially improving workers' health. For instance, the Buurtzorg Model (i.e., neighbourhood care model), which originated in the Netherlands, is a very inspiring example of a work organisation based on self-managed teams of nurses and has produced positive results in improved quality of care and satisfaction of the people receiving care. This model is so successful that it is replicated in several countries worldwide (Hegedüs, Schürch & Bischofberger, 2022). To our knowledge, no study has directly analysed the effects of the participation in the decision-making process of workers within the Buurtzorg type of work organisation this model on the health and wellbeing at work of health and homecare staff.

Another indication of the beneficial potential of participation in decision-making process can be found in the European Foundation for the Improvement of Living, and Working Conditions Report, assessing the evolution of work organisation patterns in the EU27. For statistical purposes, this report differentiates three levels of employees' participation: strategic participation, organisational participation, and discretion task. Results show that employee participation is associated with higher levels of psychological well-being and a significant decrease in physical symptoms due to stress, as well as higher motivation to engage in tasks and to contribute to the organisation (Gallie & Zhou, 2013).

Additionally, in a situation of ageing population, the health and homecare sector is particularly subject to *health and care social innovations*. In this context, recent research has shown that working conditions are particularly challenging and impact the health and well-being of health and homecare workers, primarily when innovation is oriented towards "*results and objectives*", designed without the participation of workers (Bensliman et al., 2022) and when it is not supported by innovation in the organisation of work (Casini et al., 2018). Indeed, homecare workers find themselves "*squeezed like a lemon*" between the quantitative demands of the organisation and the complex demands and needs of the older adults and caregivers, which results in stress for these workers (Bensliman, Casini & Mahieu, 2022).

Following these results directly, the present study will focus on the two specific aforementioned organisational factors and their direct and indirect impact on workers' health and well-being: (1) demanding work organisation, corresponding to the work overload and pace intensification, and (2) participation, referring to workers' influence on workload, work organisation, as well as and on strategic decisions (service production and delivery objectives).

According to the theoretical framework of JD-R Model and this gap in the literature, the present study aims to (1) explore the associations between demanding work organisation (i.e., work overload and pace intensification) and mental and physical health (self-reported health, stress, somatic stress), (2) assess whether this relationship is moderated by participation in decision-making process, and (3) evaluate whether participation predicts workers' commitment.

We formulate the following hypotheses regarding the health and homecare sector:

H1: 'Demanding work organisation' (measured as work overload and pace intensification) is negatively associated with health and homecare workers' 'Mental and physical health'.

H2: 'Participation in decision-making process' moderates the association between 'Demanding work organisation' and workers' 'Mental and physical health'.

H3: 'Participation in decision-making process' is positively associated with health and homecare workers' 'Work commitment'.

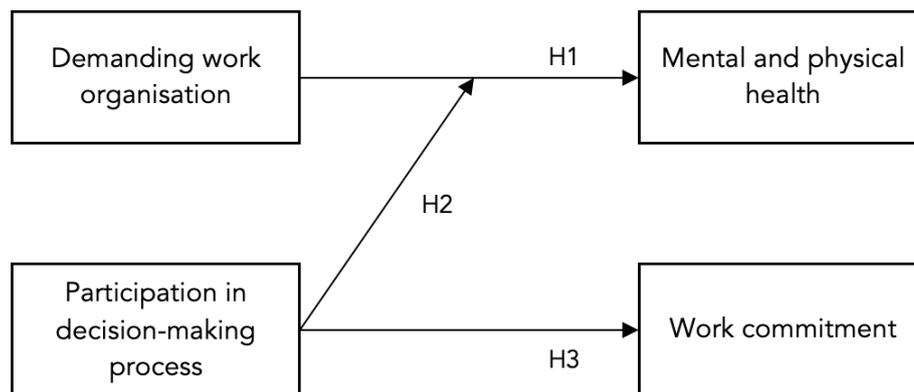


Figure 1. Research hypotheses adapted from the JD-R Model

2. METHOD

2.1 Participants and Data Collection

The present cross-sectional study relies on a database issued from the multidisciplinary WISDOM Research. This study was conducted between 2015 and 2018 in Belgium's Walloon and Brussels regions. It comprises a sample of workers in 10 non-profit organisations in the health and homecare sector that have developed an innovation in *ageing in place*.

The selection of the organisations was based on a Delphi procedure conducted in the initial phase of the WISDOM Research (Callorda Fossati et al., 2017).

Each organisation's management was contacted by email and telephone to be invited to participate in the study. All organisations voluntarily agreed to be part of the study.

The questionnaire and the data collection procedure received the approval of the Ethics Committee of the first author university (Ref n° P2016/106).

In total, 2793 questionnaires (online or paper/pencil format) were distributed between December 2015 and June 2016. Workers were encouraged by their management to complete the questionnaire without any obligation or financial compensation. Participation was voluntary. We obtained a response rate of 40.6%, representing 1134 completed questionnaires.

2.2 Measures

The WISDOM Research questionnaire was mainly based on the Belgian French version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). This internationally validated questionnaire assesses psychosocial risk factors at work and workers' health and well-being. Besides, the questionnaire included several

questions on potential confounding variables (socio-demographic variables such as age, gender, diploma level and working conditions variables, type of contract, hierarchical level).

Professional categories were recorded based on the International Standard Classification of Occupations (ISCO)⁹ Seven categories were retained for our study:

1. Managers (senior officials)
2. Professionals (health professionals: medical doctors, paramedical practitioners, nursing professionals)
3. Technicians and associate professionals (nursing, legal, financial, or social associates professionals, administrative and specialised secretaries)
4. Clerical support workers (secretaries, tellers, client information workers)
5. Service and sales workers (cooks, hairdressers, beauticians, personal care workers in health and care services)
6. Craft and related trades workers (handicraft workers)
7. Elementary occupations (domestic and office cleaners and helpers).

For the current study, we will focus on four specific measures: 1/ Mental and physical health, 2/ Work commitment, 3/ Demanding work organisation, and 4/ Participation in decision-making process.

a) Mental and physical health

This variable was calculated by combining several health indicators, namely: general health perception, stress, and somatic stress symptoms. A single item measured the general health perception: "In general, would you say your health is..." with a 5-point Likert scale going from 1 (excellent) to 5 (poor). This item was reversed for computing the global score.

The stress scale was composed of 4 items (e.g., "During the last four weeks, how often have you been stressed?"). The somatic stress symptoms scale comprised four items (e.g., "Over the previous four weeks, how often have you had stomach aches?"). These previous two scales were accompanied by a 5-points Likert scale going from 1 (all the time) to 5 (never) as a response option.

A principal component factorial analysis showed that the selected items load on a single factor explaining 47.84% of the variance and possess a good reliability index (Cronbach's alpha = .86)

The global score for mental and physical health was computed by averaging the entire set of items and has a score going from 1 (poor health) to 5 (excellent health).

⁹ ISCO Classification: International Labour Organization (2010). Resolution Concerning Updating the International Standard Classification of Occupations (ISCO). Available : <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>

b) Work commitment

The commitment scale was composed of two items (e.g., "Do you feel motivated and involved in your work?") with a 5-points Likert scale going from 1 (always) to 5 (rarely). These items were averaged to obtain a final score ranging from 1 (low commitment) to 5 (high commitment) (Cronbach's alpha = .70).

c) Demanding work organisation

This measure was obtained by averaging 1 item from the COPSOQ II Workload subscale (i.e., "Do you have enough time for your work tasks?") and three items from the pace at work subscale (e.g., "Do you work at a high pace throughout the day?"). All the Items were associated with a 5-points Likert scale going from 1 (always) to 5 (never). Before averaging the four items, where necessary, we reversed the individual scores to obtain a final demanding work organisation score going from 1 (low demanding) to 5 (high demanding). A principal component factorial analysis showed that the selected items loaded on a single factor explaining 61.34% of the variance. The Cronbach's alpha for the demanding work organisation scale is equal to .79.

d) Participation in decision-making process

This measure was built by averaging three items concerning respectively the possibility for health and homecare workers to influence their work (i.e., "Can you influence the amount of work assigned to you"), to participate in decision-making about the work conditions offered by the organisation and to participate in the organisational choices about the production goals and services. The scale shows an acceptable reliability index (Cronbach's alpha = .67). The final score goes from 1 (low participation) to 5 (high participation).

2.3 Statistical Analyses

To describe the data and test the three hypotheses, we performed descriptive statistics (t-test and ANOVA followed post-hoc Tukey multiples comparisons), correlations (Pearson), multiple regressions, and moderation analyses using IBM SPSS statistics V. 27. The confounding variables included in the models were those significantly associated with outcome ('Mental and physical health' and 'Work commitment'). For the moderation analysis specifically, we relayed on the PROCESS Procedure for SPSS Version 4.0. Hayes (2022).

3. RESULTS

3.1 Descriptive statistics

For the present analysis, the sample consisted of **1134** workers in health and homecare workers, of which 1075 (94.8%) were women, 44 (3.9%) men and 15 (1.3%) did not indicate their gender. The mean age is of 43.24 years (SD = 10.80). The large majority of participants had a permanent contract (N = 1010, 89,1%), worked as service workers (e.g., nurses, care assistants, and homecare workers) (N = 756, 66.7%), and had an upper secondary school diploma (N = 727, 64.1%). A detailed description of the sample is presented in Table 1.

Table 1. Description of the sample

Variables	Range	General mean (sd) Frequency *	%
Sex			
Women	-	1075	96.1
Men	-	44	3.9
Age (years)	17 - 67	43.24 (10.80)	
Professional category/grade			
Cat 1 - Manager	-	25	2.3
Cat 2 - Professionals	-	35	3.2
Cat 3 - Technicians and associate professionals	-	106	9.8
Cat 4 - Clerical support workers	-	40	3.7
Cat 5 - Service and sales workers	-	756	70.1
Cat 6 - Elementary occupations	-	117	10.8
Contract type			
Permanent	-	1010	92.2
Fixed-term	-	85	7.8
Diploma level			
No degree or primary education	-	41	3.7
Lower secondary education	-	128	11.6
Upper secondary education	-	727	66
Bachelor	-	179	16.2
Master and PhD	-	27	2.5

sd: Standard deviation

** After excluding missing values*

Concerning the variables of interest (dependent and independent), we found that, overall, participants reported having relatively good mental and physical health (mean = 3.58), being highly engaged at work (mean = 4.28), facing a slightly above the mean levels of demanding work organisation (mean = 3.18) and exercising average participation in decision-making process (mean = 2.45). Means, standard deviations and ranges of these variables according to the subject's characteristics are reported in Table 2.

The means of the study population for the variable of interest 'Mental and physical health' (mean = 3.58, sd = 0.73) and 'Demanding work organisation' (mean = 3.18, sd = 0.75) varies between neutral points 3 and 4. Variable 'Work commitment' is high (mean = 4.28, sd = 0.71) and varies between point 4 'often' and point 5 'always'. In contrast, the general mean of 'Participation in decision-making process' is low and below the neutral point of the scale (mean = 2.45, sd = 1.01) (**Table 2**).

Table 2. Comparison of means of the variables of interest as a function of the confounding variables

Variables	Mean/SD**			
	Mental and physical health	Work commitment	Demanding work organisation	Participation in decision-making process
Gender				
Women	3.56	4.28	3.18	2.44
Men	3.83	4.26	3.30	2.77
P-value	.022	.877	.355	.039
Professional category/grade				
Managers and professionals (Cat 1 & 2)	3.71	4.18	3.55	3.29
Technicians, associated and clerical (Cat 3 & 4)	3.52	4.01	3.54	2.34
Personal service workers	3.55	4.33	3.15	2.44
Elementary occupations	3.67	4.24	2.90	2.28
P-value	.184	< .001	< .001	< .001
Contract type				
Permanent	3.55	4.26	3.22	2.44
Fixed-term	3.86	4.54	2.82	2.59
P-value	< .001	< .001	< .001	.193
Diploma level				
No degree or primary education	3.56	4.08	2.91	2.38
Lower secondary education	3.47	4.32	3.12	2.37
Upper secondary education	3.58	4.32	3.14	2.42
Bachelor	3.55	4.14	3.52	2.51
Master and PhD	3.97	4.05	3.05	3.48
P-value	.034	.013	< .001	< .001
General Means* (sd)	3.58 (0.73)	4.28 (0.71)	3.18 (0.75)	2.45 (1.01)
N	1033	1051	1031	1103

SD : Standard deviation

** Range of Minimum – Maximum: 1 – 5

- For 'Mental and physical health' → 1 = poor health; 2 = quite good; 3 = good; 4 = very good; 5 = excellent health

- For "Work commitment", "Demanding work organisation" and "Participation in decision-making process" → 1 = low; 5 = high (1 = never; 2 = rarely; 3 = sometimes; 4 = often; 5 = always)

We find a statistically significant difference between the mean scores of the four variables of interest according to the 'Diploma level'. The mean scores of 'Work commitment' and 'Demanding work organisation' are also statistically different according to the confounding variables 'Professional category', 'Contract type' and 'Diploma level'. There is also a significant difference in the mean score for 'Participation in decision-making process' by 'Gender', 'Profession category' and 'Diploma level'. There are significant differences in the mean score for all variables according to 'Diploma level'. The post-hoc means comparison showed that the mean score of 'Participation in decision-making process' is significantly higher ($< .001$) for the professional category comprising managers and medical doctors compared to all other occupational categories. Also, 'Participation in decision-making process' is higher among workers with a Master+ degree than all other diploma levels. Thus, the higher the 'Professional category' and 'Diploma level', the higher the 'Participation'. In contrast, there is no statistical difference between professional categories for the 'Mental and physical health' variable.

Table 3. Correlation of variables of interest

Variables		Mental and physical health	Work commitment	Demanding work organisation	Participation in decision-making process	Age
Mental and physical health	r	1				
	P-value					
	N	1033				
Work commitment	r	.156	1			
	P-value	$< .001$				
	N	960	1051			
Demanding work organisation	r	-.313	-.114	1		
	P-value	$< .001$	$< .001$			
	N	943	1014	1031		
Participation in decision-making process	r	.127	.155	-.79	1	
	P-value	$< .001$	$< .001$.12		
	N	1010	1025	1007	1103	
Age	r	-.016	.032	.079	-.001	1
	P-value	.619	.317	.014	.969	
	N	967	983	965	1035	

r = Pearson's correlation coefficient

The correlations among the entire set of variables of interest are reported in **Table 3**. All the variables are highly correlated in the expected direction. More specifically, 'Mental and physical health' and 'Work commitment' go hand in hand, i.e., the better the 'Mental and physical health', the higher the 'Work commitment'. Similarly, the higher the 'Participation in decision-making process', the better the 'Mental and physical health'. On the other hand, the more 'Demanding work organisation', the lower the 'Mental and physical health' and the lower the 'Participation in decision-making process'.

3.2 Hypotheses testing

To test our hypothesis 1, we ran a linear regression analysis using 'Mental and physical health' as the outcome variable and the 'Demanding work organisation' (normalised data) as the predictor. The data were controlled for gender and the type of contract. Results confirm our hypothesis 1 that is, 'Demanding work organisation' is negatively associated with health and homecare workers' 'Mental and physical health' ($\beta = -.23$, $p < .001$, $R^2 = .106$)

Moreover, we hypothesised that 'Participation in decision-making process' moderates the relationship between 'Demanding work organisation' and workers' 'Mental and physical health' (H2). The moderation analysis ($R^2 = .114$, $F(5,887) = 22.92$, $p < .001$) carried out to test this hypothesis confirmed the existence of an interaction between 'Demanding work organisation' and 'Participation in decision-making process' ($\beta = .05$, $p < .05$). Thus, in line with the JD-R Model, 'Participation in decision-making process' attenuates the negative relationship between work 'Demanding work organisation' and 'Mental and physical health', especially when workers are confronted with a high level of 'Demanding work organisation' (**Fig. 2**).

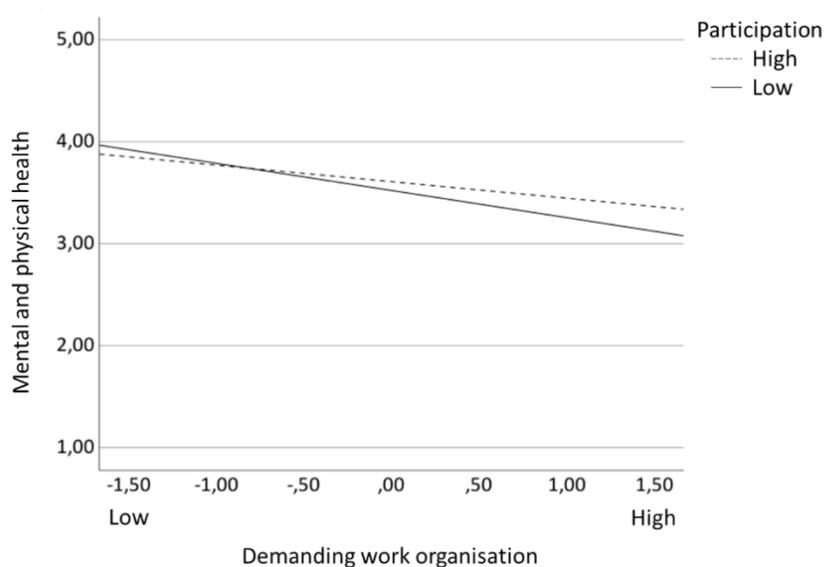


Figure 2. Interaction between 'Participation in decision-making process' and 'Demanding work organisation' (standardised data) on 'Mental and physical health'

Finally, we tested the hypothesis that 'Participation in decision-making process' is positively associated with health and homecare workers' 'Work commitment' (H3). Specifically, in line with the JD-R Model, we expect to find a positive direct effect between these two variables. A linear regression analysis fully confirmed our prediction ($R^2 = .032$ $F(2, 994) = 17,575$, $p < .001$) after adjusting for the confounding variable 'contract type'. Indeed, results reveal a main effect for 'Participation in decision-making process' ($\beta = .114$, $p < .001$) on commitment. That is to say, the greater the 'Participation in decision-making process', the stronger the 'Work commitment'.

4. DISCUSSION

The main objective of our study was to verify the existence of a negative relationship between demanding work organisation in the health and homecare sector and workers' mental and physical health, as well as the moderating role of participation in decision-making process in this relationship and its direct association with work commitment.

First, it should be noted that most participants in our study were women (94%), and this characteristic has not changed over time. Bakker's study already showed a similar rate in 2003 (Bakker et al., 2003), and Ree & Wiig in 2019, a slightly higher rate (Ree & Wiig 2019).

Moreover, regarding 'Mental and physical health' (self-reported health, stress and somatic stress), the overall means reveal good health in all workers, regardless of their occupational status. However, our results confirm Hypothesis 1, that 'Demanding work organisation' is negatively associated with workers' mental and physical health. This finding is consistent with most studies on occupational health in the homecare sector. Indeed, Sjöberg et al. found that workload is high among homecare workers (Sjöberg et al., 2020). Similarly, recent literature confirms that homecare workers experience occupational stress due to the impact of schedule changes (Schotwell et al., 2019), as well as due to difficult working conditions (Muramatsu et al., 2019). In addition, the work pressure placed on home-based workers during the Covid-19 pandemic aggravated this stress (Sterling et al., 2020).

Following the JD-R Model, our results confirm our second hypothesis, namely that, as an organisational resource, participation in the decision-making process concerning the work organisation and strategic decisions moderates the negative association between demanding work organisation and the mental and physical health of workers. In this sense, Ruotsalainen et al. (2020) showed that if home-based workers could influence their work, this could positively impact their well-being. These results then support the idea that creating self-organised homecare

teams could be a very beneficial strategy for enhancing occupational health (Ruotsalainen et al., 2020).

However, in the Belgian health and homecare sector, participation in decision-making process by health and homecare workers is uncommon. Indeed, our results showed that participation is relatively low (score between 'sometimes' and 'rarely') and below the general average (2.45) among nurses, employees, homecare workers. This is particularly true for workers with a lower level of education than for highly qualified occupations. In other words, these occupational categories do not have much opportunity to participate in decision-making to influence the amount of work, the general organisation of work or working conditions, nor on more strategic decision-making issues such as the definition of service delivery targets. Only professional and scientific occupations and managers have significant latitude in decision-making.

The overall average for work engagement varies by occupational category and degree. Still, the average engagement scores are pretty high (between 'often' and 'always') in most occupations, with an overall average of 4.28. This may be explained by the relational nature of care occupations, where workers are generally highly invested and involved and derive much of their work motivation from the care relationship (Bjerregaard et al., 2015).

Finally, results reveal a main effect of participation in decision-making process as a resource on work commitment, thus confirming hypothesis 3. To our knowledge, few studies have investigated participation in decision-making process as a resource in the sector. According to Möckli (2020), work resources among homeworkers in Switzerland were positively correlated with work engagement (Möckli, 2020). Ree & Wiig investigated the positive association between transformational leadership and work engagement (Ree & Wiig, 2020).

Towards more participation in the health and homecare sector: contributions and focal points

Based on the results of our study in the health and homecare sector, we postulated that developing a more participatory management approach that incorporates workers in decision-making process about work organisation, work conditions, and strategic decisions would be a resource to improve workers' mental and physical health and moderate the adverse effects of demanding environment on workers' health. Participation in decision-making process regarding work organisation is also a resource for worker commitment.

Workers' participation, therefore, seems to be a crucial matter, especially in a sector where working conditions are documented to be degraded. The urgency to implement participatory practices is all the more acute in a sector constantly innovating in providing services to improve the well-being and quality of older adults and caregivers. Indeed, this makes it very difficult to recruit and retain health and homecare workers whose skills are evolving and necessary to enable *ageing in place*. Ensuring greater participation could therefore be a very successful strategy for the organisation's good functioning and the workers' well-being.

The example of the Buurtzorg Model is very inspiring. Considered a "social innovation", Buurtzorg has the potential to change the traditional model of the healthcare sector, whose founder carries the slogan: "humanity over bureaucracy" (Kreitzer et al., 2015).

The scoping review of Hegedüs et al. (2022) found an increase in staff satisfaction with the Buurtzorg Model outside the Netherlands, among other things, due to the possibilities to participate in organisational decisions, self-governance and autonomy in scheduling, decreasing time pressure, and the collective problem-solving approach of field team work (Hegedüs et al., 2022).

Therefore, this model opens interesting perspectives on participatory management of work organisation. According to Gray (2015), self-regulating teams promote flexibility in the organisation of work to meet the needs of nurses and patients in a balanced way (Gray et al., 2015). This is what Bensliman, Casini & Mahieu (2022) showed in their study analysing the experience of workers employed in health and care social innovations that are not designed with the participation of workers in the health and homecare sector in the context of *ageing in place*. In this framework, the authors were able to show that the lack of participation generated a double tension and imbalance between, on the one hand, the well-being of the older adults and the caregivers and the well-being of the workers and, on the other hand, the strategic objectives of the non-profit organisations in terms of rationalisation of resources. The author proposes an analysis model called the "*Squeezed Lemon Model*", which intends to balance and regulate these tensions by including workers' participation in the decision-making process (Bensliman, Casini & Mahieu, 2022).

However, implementing a participatory management process requires considering several human and structural factors hindering this form of organisational leadership. For instance, in the context of nursing in the hospital system, Ballard has pointed out that participation can be accompanied by role blurring, lack of social support, lack of recognition and staff apathy (Ballard, 2010). It is, therefore, reasonable to assume that these problems could also arise in health and homecare organisations. Similarly, according to the Buurtzorg Model, the self-management of a team that combines

health care and homecare staff has advantages for the quality of care and job satisfaction but also some challenges. Indeed, Leask et al. (2020) report problems of inter- and intra-team collaboration, which may be due to personality conflicts, blurring of roles and responsibilities, competitiveness, fear in decision-making and risks of conflicts between workers (Leask et al., 2020).

Thus, for the transition from a traditional hierarchical management system in a bureaucratic organisation to a team-based participatory system to be successful, a framework for implementation is needed, as well as sufficient time to allow for a better understanding of what this shift implies in terms of organisational change and redistribution of power as managers have to accept that they will lose some of their power, and teams that they will become more autonomous and take on more responsibility (Leask et al., 2020 ; Laloux, 2015). In sum, the vision encouraged for this sector is to move from a system of work organisation based on surveillance and control to one based on the trust, participation in decision-making and commitment of workers.

Limitations, strengths of the study and future research

Certain limitations of the present study should be mentioned. First, our study is a cross-sectional observational study conducted in a given period that does not demonstrate a causal association between variables. Second, the COPSOQ II questionnaire does not cover a comprehensive and detailed range of variables relating to participation in terms of forms, modalities, levels, or types of participation. Moreover, the significant correlations (all between .11 and .31) and explained variance ($R^2 = .106$ and $.114$) are low and should be treated with caution. Nevertheless, they point to the presence of investigated relationships that should be explored further.

For instance, it would be interesting to carry out a longitudinal follow-up study with specific health and homecare professional categories based on validated and multifactorial measures to assess participation in decision-making process.

In addition, to deepen the analysis, it might be interesting to assess the impact of participation in decision-making process on other outcomes such as the meaning of work, the care relationship, turnover intention, exhaustion or work-life balance, which have been pointed out by recent qualitative studies (Bensliman, Casini & Mahieu, 2022).

In addition, it would be relevant to identify the variables linked to the implementation of organisational innovation in the field of health and homecare aimed at enhancing workers' participation or to carry out action research in this direction to study their impact on workers' health and well-being.

Finally, it should be stressed that our study addresses the critical issue of occupational health and working conditions in a largely understudied occupational sector. Yet, this is a sector that is under pressure from the increasing demands and complex care needs of an ageing society that is undergoing considerable innovation in an attempt to meet them. Furthermore, in the present study, using the scientifically validated COPSQ questionnaire, we were able to collect psychometrically robust data. Thus, the study makes a significant contribution to filling the gap in the scientific literature on the issue of participatory decision-making process, occupational health and work commitment in this sector.

5. CONCLUSION

Our study has demonstrated the importance of considering workers' participation in work organisation and strategic decisions in the health and homecare sector to mitigate the negative impact of highly demanding work on workers' mental and physical health. Similarly, participation in decision-making process is seen as a resource for motivation and commitment to work in occupations where the quality-of-care relationship is fundamental to improving the well-being of older adults and caregivers.

It seems thus crucial for health and homecare organisations to set up specific times and spaces to discuss well-being at work and work organisation adjustment in the medium and short term and to reflect more deeply on more structural reforms of health and homecare organisations in Belgium, including more participative management. Some initiatives have already been implemented, like the Buurtzorg Model, but we still lack information on their impact on the well-being and health of health and homecare workers.

The results of our study contribute to fulfilling this gap and, in this sense, constitute a fundamental piece of literature. We recommend that organisations and decision-makers in the sector pay particular attention to the issue of workers' participation in decisions that affect them and their work experience.

REFERENCES

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Ballard, N. (2010). Factors associated with success and breakdown of shared governance. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(10), 411-416. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181f2eb14>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170-180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2003). A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of stress management*, 10(1), 16-38. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16>
- Bensliman, R., Callorda Fossati, E., Casini, A., Degavre, F., & Mahieu, C. (2022). How local stakeholders' social representations shape the future of ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium). *Health & social care in the community*, 30(6), e4211-e4222.
- Bensliman R, Casini A, Mahieu C. (2022). 'Squeezed like a lemon': A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. *Health and Social Care in the Community*, 30(4), e1013-e1024.
- Bjerregaard, K., Haslam, S. A., Morton, T., & Ryan, M. K. (2015). Social and relational identification as determinants of care workers' motivation and well-being. *Frontiers in Psychology*, 6, 1460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01460>
- Bowling, N. A., Alarcon, G. M., Bragg, C. B., & Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & stress*, 29(2), 95-113. <https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1033037>
- Casini A, Bensliman R, Callorda Fossati E, Degavre F, Mahieu C. (2018). Is social innovation fostering satisfaction and well-being at work? Insights from employment in social enterprises providing long-term eldercare services. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29(6), 1244-1260.
- Coupaud, M. (2017). Determinants of health at work in the EU15: Elaboration of synthetic indicators of working conditions and their impacts on the physical and mental health of workers. *International Journal of Manpower*, 38(1), 93-126. <https://doi.org/10.1108/IJM-02-2016-0040>
- Callorda Fossati E, Bensliman R, Casini A, Degavre F, Schmitz O. (2017).

- Identifier et sélectionner des cas d'innovation sociale. Les apports de la méthode Delphi à l'élaboration d'un terrain empirique dans le champ de l'accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In Vandenhooft A, Carbonnelle S, Eggerickx T, Flohimont V, Perelman S (Eds.). *Vieillesse et entraide: Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux?* Université, Presses Universitaires de Namur. Available on the URL link : (Van Campenhoudt, L; Chaumont, JM; Franssen, 2005)
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L., & Griffin-Blake, C. S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 139-165. <https://doi.org/10.1348/096317908X398773>
 - Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 945-954. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054965>
 - Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *New York: Commonwealth Fund*. 12 p. <https://doi.org/10.26099/6CES-Q139>. Available on the URL link : <http://www.issuelab.org/permalink/download/25117>.
 - Gallie, D., & Zhou, Y. (2013). Work organisation and employee involvement in Europe. Eurofound. Available on the URL link: <https://policycommons.net/artifacts/1827128/work-organisation-and-employee-involvement-in-europe/2567596/>
 - Hegedüs, A., Schürch, A., & Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100061>
 - Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>.
 - Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global advances in health and medicine*, 4(1), 40-44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
 - Laloux, F., Poireaux, G. N., & Blanchard, P. (2015). Reinventing Organizations-Vers des communautés de travail inspirées. *Diateino*. 336 p.
 - Leask, C. F., Bell, J., & Murray, F. (2020). Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public health*, 179, 111-117.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.011>

- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76-103. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Marmot, M., & Bell, R. (2010). Challenging health inequalities—implications for the workplace. *Occupational medicine*, 60(3), 162-164. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq008>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Möckli, N., Denhaerynck, K., De Geest, S., Leppla, L., Beckmann, S., Hediger, H., & Zúñiga, F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 1989-2003. <https://doi.org/10.1111/hsc.13010>
- Muramatsu, N., Sokas, R. K., Lukyanova, V. V., & Zannoni, J. (2019). Perceived stress and health among home care aides: caring for older clients in a Medicaid-funded home care program. *Journal of health care for the poor and underserved*, 30(2), 721-738. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0052>
- Ree, E., & Wiig, S. (2020). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing open*, 7(1), 256-264. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care?-a mixed method study. *BMC health services research*, 20(1), 896-909. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Sayin, F. K., Denton, M., Brookman, C., Davies, S., Chowhan, J., & Zeytinoglu, I. U. (2021). The role of work intensification in intention to stay: A study of personal support workers in home and community care in Ontario, Canada. *Economic and Industrial Democracy*, 42(4), 917-936. <https://doi.org/10.1177/0143831X18818325>
- Shotwell, J. L., Wool, E., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Slaboda, J., Norman, G., ... & Smith, K. (2019). "We just get paid for 12 hours a day,

but we work 24”: home health aide restrictions and work related stress. *BMC health services research*, 19(1), 907-912. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4664-2>

- Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K. G., Lindholm, L., & Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. *International archives of occupational and environmental health*, 93(6), 747-764. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9>
- Sterling, M. R., Tseng, E., Poon, A., Cho, J., Avgar, A. C., Kern, L. M., ... & Dell, N. (2020). Experiences of home health care workers in New York City during the coronavirus disease 2019 pandemic: a qualitative analysis. *JAMA internal medicine*, 180(11), 1453-1459. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3930>
- Strandell, R. (2020). Care workers under pressure—A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health & social care in the community*, 28(1), 137-147. <https://doi.org/10.1111/hsc.12848>

PARTIE 4

DISCUSSION
RECOMMANDATIONS
CONCLUSION

Chapitre 10. Discussion générale

Préambule

Ce chapitre a pour objectif de discuter, à la lumière de la littérature scientifique, l'ensemble des résultats transversaux obtenus à travers les trois études composant la thèse.

Nous commençons par présenter une synthèse des résultats saillants pour chacune des études réalisées, suivie d'une brève description de notre modèle d'analyse de santé au travail *Squeezed Lemon Model* (SLM) en quatre volets. Ce dernier, construit à partir des résultats principaux au cœur de la thèse, met en évidence que dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*, une organisation de travail qui favorise la participation aux processus décisionnels des travailleuses du *care*, est plus propice à préserver leur santé et leur bien-être au travail que lorsque les décisions sont prises uniquement par les directions et la ligne hiérarchique.

Nous proposons de structurer la discussion générale selon les quatre volets du *Squeezed Lemon Model* : Volet 1) Contexte socio-politique requérant d'*Ageing in place* ; Volet 2) Exacerbation des conditions de travail et émergence de tensions ; Volet 3) Conséquences sur la santé au travail et la relation de *care* ; Volet 4) Participation aux processus décisionnels : une ressource bénéfique.

Au terme de ce chapitre, nous aborderons les considérations méthodologiques de la recherche, avant d'achever le manuscrit par un dernier chapitre (11) qui expose nos recommandations et perspectives pour les acteurs de terrain, les politiques et les scientifiques. S'en suivra, la conclusion générale de notre thèse pour ce clore ce travail doctoral.

1. Introduction

1.1 Synthèse des résultats les plus saillants de la recherche

Notre recherche doctorale a pour objectif global d'analyser l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* à domicile des personnes âgées, dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

En vue d'atteindre cet objectif, trois axes de la problématique ont été étudiés et ont fait l'objet d'études successives liées les unes aux autres pour répondre aux questions de recherche suivantes :

- Etude 1 : En quoi les représentations sociales des acteurs locaux, relatives aux innovations sociales, dans le champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile, contribuent à façonner les politiques d'*Ageing in place* ?
- Etude 2 : Comment les innovations introduites dans le champ d'activités du *care* et les services d'aide et de soins à domicile ont affecté la santé et le bien-être des travailleuses du *care* ?
- Etude 3 : Quelles sont les associations entre la participation aux processus décisionnels des travailleuses du *care* et leur santé et leur bien-être d'une part, et leur engagement au travail d'autre part ?

L'étude 1 a montré que les représentations sociales des acteurs du champ d'activités du *care* à domicile, reposent sur une logique de services innovants essentiellement tournés vers les objectifs de production de services « *goals oriented* » et non vers les processus de travail « *processus oriented* ». En effet, les dimensions retenues par les experts sont : la réponse à des demandes de *care* non satisfaits ou émergents, l'identification de (nouvelles) cibles de bénéficiaires, la rupture avec les pratiques ou l'organisation des soins classiques, la mobilisation d'un réseau d'acteurs et la nécessité d'une reconnaissance politique pour assurer la viabilité des services.

Les innovations sociales pour l'*Ageing in place* sont donc principalement perçues par les experts en termes de réponses aux demandes du *care* des personnes âgées. Les résultats indiquent que l'amélioration des conditions de travail et la participation des travailleuses du *care* aux processus décisionnels sont largement occultés.

Ces représentations sociales orientées vers la demande des bénéficiaires, façonnent la vision macrosociale dans la conception des stratégies socio-politiques d'*Ageing in place*, et ne considèrent pas l'enjeu crucial de la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* dans ce contexte.

L'étude 2 a analysé de façon approfondie deux services innovants et la question de la santé et du bien-être des travailleuses du care en leur sein. Elle révèle des résultats déterminants pour la thèse. Premièrement, ces derniers confirment que les services de care des organisations étudiées sont tournés vers les objectifs de production de services quasi exclusivement. Deuxièmement, la participation des travailleuses du care aux processus décisionnels est absente au niveau organisationnel de travail et dans les stratégies relatives aux objectifs de production de services. Elle est toutefois présente de façon restreinte, à travers la latitude décisionnelle sur les tâches discrétionnaires à effectuer lors des prestations de services au domicile des personnes âgées. Troisièmement, l'organisation de travail est très exigeante en termes d'intensité et de charge de travail et comporte des facteurs de risques psychosociaux qui détériorent les conditions de travail et impactent négativement la santé et le bien-être des travailleuses du care, d'après nos participantes. Ces conditions défavorables sont exacerbées par la pression exercée sur ces dernières en vue de répondre aux objectifs de production attendus. Ceux-ci sont à la fois liés au contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place* et au caractère innovant dont se réclament les organisations d'aide et de soins à domicile rencontrées. En conséquence, les travailleuses du care se sentent « *pressées comme des citrons* ».

L'ensemble de ces éléments conjugués montrent qu'il existe une forte tension entre : 1) la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du care ; 2) la satisfaction des demandes de care des personnes âgées et de leurs aidants proches ; 3) l'atteinte des intérêts stratégiques des organisations. Cette tension a des implications au niveau de la santé et du bien-être des travailleuses du care, de la qualité de la relation de care et de la viabilité des services. Pour y faire face, les travailleuses du care ont exprimé des ressources liées aux motivations intrinsèques et à l'engagement au travail (« *amour du métier* »), des besoins dans les rapports sociaux que les organisations devraient davantage prendre en compte tels que la confiance et le soutien social, ainsi que des pistes de solution pour améliorer les conditions de travail, telles que favoriser des espaces de réflexion pour participer aux décisions sur l'organisation de travail.

Ces résultats ont permis de proposer un modèle d'analyse de santé au travail appelé « *Squeezed Lemon Model* » (Figure 7) reprenant les différents éléments des résultats avec l'hypothèse que la participation aux processus décisionnels pourrait constituer un facteur organisationnel protecteur pouvant réguler ou prévenir les tensions observées et contribuer à préserver dans une certaine mesure, la santé et le bien-être des travailleuses du care.

L'étude 3 présente des résultats qui confirment, dans un échantillon plus large du champ d'activités du care à domicile et des services d'aide et de soins à domicile, trois hypothèses (H1, H2, H3) issues des résultats du *Squeezed Lemon Model*. Premièrement, bien que la santé générale auto-rapportée des travailleuses du care soit déclarée comme étant bonne, les résultats ont révélé que l'organisation de travail exigeante est significativement associée de manière négative à leur santé mentale et physique (santé auto-déclarée, stress et stress somatique). Deuxièmement, cette association négative sur la santé mentale et physique des travailleuses du care est atténuée lorsque les travailleuses du care disposent de davantage de latitude décisionnelle et qu'elles peuvent participer aux processus décisionnels aux niveaux organisationnel et stratégique. Enfin, les résultats ont montré que la participation aux processus décisionnels est associée à un engagement plus élevé au travail.

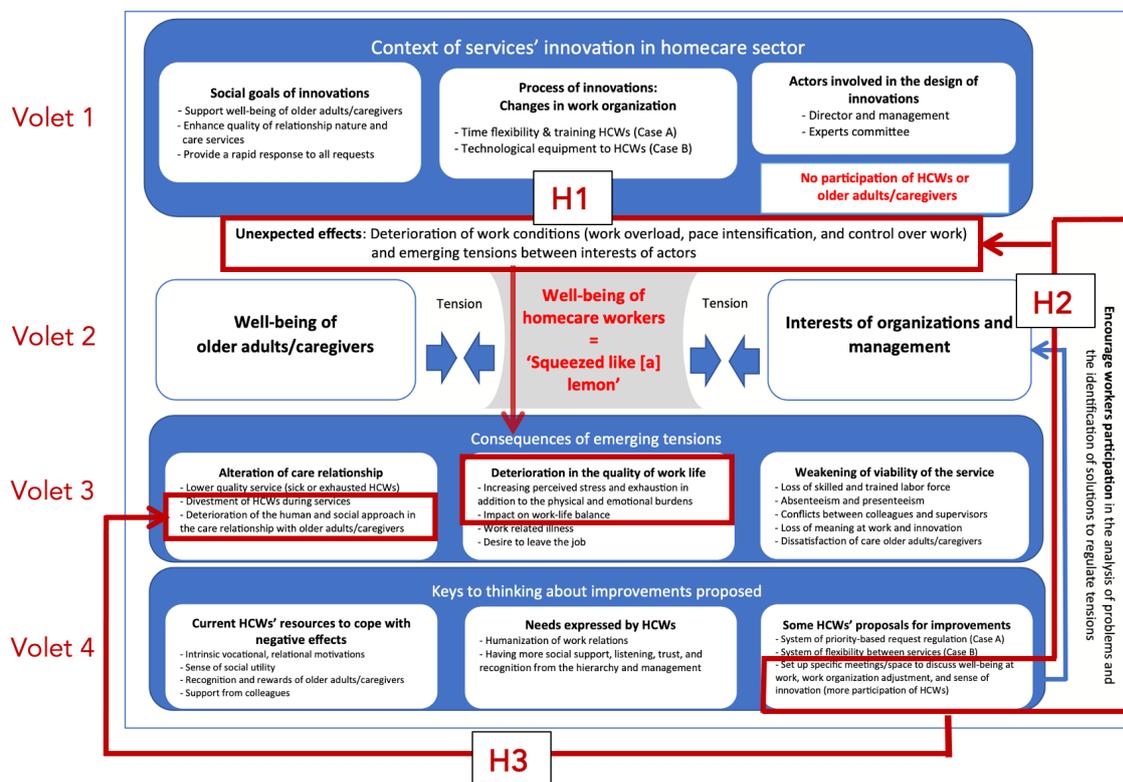


Figure 7. Modèle d'analyse de santé au travail 'Squeezed Lemon Model'

1.2 Description du *Squeezed Lemon Model*

Notre travail de thèse réalisé en trois études nous a permis de mettre en évidence comment un contexte socio-politique requérant, celui du champ d'activités du care et de *l'Ageing in place* (Volet 1) produit des effets sur les conditions de travail des travailleuses du care, caractérisées par un accroissement des exigences et l'émergence de tensions entre les intérêts des organisations de l'aide et des soins à domicile, le bien-être des bénéficiaires, et celui des travailleuses du care (Volet 2) ;

comment ces conditions de travail détériorées par une organisation de travail exigeante, impactent la santé mentale et physique des travailleuses du *care*, la relation de *care* et la viabilité des services, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'une participation aux processus décisionnels à tous niveaux (Volet 3) ; et enfin comment, selon les travailleuses du *care*, ces tensions peuvent être régulées pour améliorer les conditions de travail et préserver leur santé et bien-être (Volet 4). Ces résultats sont schématisés dans ce que nous avons intitulé le « *Squeezed Lemon Model* ». Les flèches [H1], [H2] et [H3] correspondent aux trois hypothèses testées et confirmées dans l'étude 3.

Ce modèle, ancré dans les résultats, montre qu'un service de *care* innovant ou non, orienté vers « les objectifs de production de services », non-orienté vers « les processus de travail », et de surcroît, développé sans la participation des travailleuses du *care*, peut être source de facteurs de risques psychosociaux.

Ces résultats sont discutés et confrontés à la lumière de la littérature scientifique dans la section suivante et structurés en fonction des quatre volets du *Squeezed Lemon Model*.

2. Discussion des éléments-clés des résultats

2.1 Volet 1 du SLM: Contexte socio-politique requérant d'*Ageing in place*

Le contexte socio-politique belge d'*Ageing in place* et la nécessité pour les organisations du champ d'activités du *care*, de proposer des services performants et innovants pour répondre aux défis du vieillissement de la population et aux demandes de *care* de longue durée, est une réalité que connaissent également de nombreux pays européens. L'étude 1 analysant la vision des acteurs du champ d'activités du *care* à domicile sur les orientations qui façonnent l'*Ageing in place*, montre des intérêts tournés essentiellement vers la réponse aux demandes des personnes âgées et de leurs proches. Ces résultats vont dans le sens des conclusions de la récente *scoping review* de Pani-Harreman et al. (2021) sur les enjeux de l'*Ageing in place* en Europe, au vu des changements socio-démographiques. En effet, selon les auteurs, pour y faire face, les organisations de soins à domicile et les gouvernements doivent inclure dans leurs politiques d'*Ageing in place*, les aspects relatifs aux lieux de vie des personnes âgées, aux dispositifs d'aide et de soutien quotidien, à l'entourage et la création de lien social, à l'apport de la technologie et enfin, à leurs caractéristiques particulières (Pani-Harreman et al., 2021). A la lecture des conclusions de cette *scoping review*, il convient de remarquer que l'amélioration des conditions de travail n'est pas reprise en termes de recommandations destinées aux politiques ou aux organisations, car elles sont essentiellement tournées vers les bénéficiaires des soins.

L'absence de cette mention montre que l'enjeu de la protection de la santé, du bien-être et de la sécurité des travailleuses du care reste largement invisibilisé dans le débat sur l'*Ageing in place*, comme le montrent nos résultats de l'étude 1. Ce constat est préoccupant alors que la nécessité de considérer cet enjeu a particulièrement été révélée lors de la gestion complexe de la crise sanitaire du Covid-19. En effet, les services d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées ont constitué une alternative cruciale en raison de leur confinement à domicile, par rapport aux soins donnés en maison de repos ou en institution hospitalière (Quinn et al., 2021). Cette crise a mis en évidence l'exposition accrue des travailleuses du care aux nombreux risques professionnels et aux conditions de travail difficiles impactant leur santé physique et mentale ainsi que leur sécurité au travail.

Dès lors, l'importance de préserver cette force de travail, de la renforcer et de surcroît, de développer davantage les compétences des métiers pluridisciplinaires du care au sens large, a été réaffirmée par l'Organisation Mondiale de la Santé. En effet, dans son rapport « *Health and care workforce : Time to act* » (2022), l'OMS a proposé une série de réponses politiques en dix actions pour promouvoir le « *health and care workforce development* », le renforcement et le développement du personnel de santé et du care en Europe. Ce plan vise à réorienter les stratégies politiques en raison des défis que connaissent de nombreux pays européens, tels que l'aggravation de la pénurie du personnel de santé, les départs à la retraite, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter l'emploi dus à la surcharge de travail et à la détresse psychologique vécue lors de la crise sanitaire du Covid-19. Deux des actions concernent particulièrement les efforts politiques à consentir pour protéger la santé et le bien-être mental des travailleurs et à améliorer les conditions de travail pour mieux équilibrer la vie privée et la vie professionnelle en vue de faire face aux multiples changements que les organisations enclenchent pour satisfaire aux exigences d'efficacité des services de care et répondre aux demandes des bénéficiaires (WHO, 2022).

Qu'est-ce qui explique l'orientation socio-politique et organisationnelle générale tournée quasi exclusivement vers les bénéficiaires du care ?

2.1.1 Un virage vers la nouvelle gestion publique et le « *Just in time* » dans un système de financement contraignant

Nos résultats transversaux ont montré, à travers la triangulation des méthodes et des participants, que les services d'aide et de soins à domicile s'inscrivent dans les processus de rationalisation et de standardisation mis en œuvre par la nouvelle gestion publique dans les organisations de travail depuis plusieurs décennies (Chaniel, 2010 ; Le Roy et al., 2022).

En effet, les entretiens réalisés auprès des membres de direction des organisations de l'étude 2 décrivent de façon explicite cette logique. L'un a déclaré que leur « *marque de fabrique est la réponse rapide à toutes les demandes des populations* » et le second indique que leur « *projet innovant est fondé sur une flexibilité des services taillée sur mesure pour répondre aux besoins des bénéficiaires* ». Les deux directions justifient leurs affirmations par le contexte socio-politique d'*Ageing in place* mais également par les contraintes budgétaires et de financement public auxquelles elles doivent faire face continuellement pour préserver l'équilibre financier des services et des emplois. D'une part, les organisations misent sur l'efficacité, l'efficience, la satisfaction des attentes des bénéficiaires et la responsabilité des travailleuses dans la réalisation des objectifs fixés par l'organisation (Rey, 1991). D'autre part, elles s'appuient sur une logique de « *Just in time* » contraignant les travailleuses du *care* à se rendre disponibles en permanence pour répondre à toutes les demandes de services (Boivin, 2016).

Dans ce contexte, l'organisation de travail des services d'aide à domicile est pensée en fonction d'un système de financement public fondé sur une logique de contingentement d'heures précis attribué annuellement pour chaque organisation des services d'aide à domicile (Degavre & Nyssens, 2012). Ce système contraint les organisations à fournir les services selon leur quota pour comptabiliser leur contingent d'heures, au risque d'être pénalisées l'année suivante et de bénéficier d'un subside inférieur en raison du nombre réduit d'heures octroyées par les pouvoirs publics. Au vu de cette contrainte et afin d'assurer leur équilibre financier, les organisations acceptent toutes les demandes qui leur sont adressées et y répondent en répartissant les heures en fonction des bénéficiaires, en réduisant le temps de travail par bénéficiaire et en multipliant le nombre de prestations quotidiennes dans le planning des travailleuses du *care*, comme cela est décrit plus loin. Ce type d'organisation de travail a pour conséquence d'intensifier la charge et le rythme de travail des travailleuses du *care* et d'impacter, selon elles, leur santé et leur bien-être.

2.1.2 Réponse aux véritables besoins du *care* ou à toutes les demandes ? Entre confusion sémantique et objectif stratégique

Les résultats de l'étude 2 ont également mis en évidence que les discours entretenus par les directions des organisations sur les objectifs de production de services visent à répondre, selon leurs termes « *aux besoins des personnes âgées* ». Cependant, l'analyse approfondie avec les participantes a révélé que les prestations de services du *care* sur le terrain ne répondent pas systématiquement à de véritables besoins de *care* mais davantage à des « *demandes* » s'apparentant, d'après le discours des travailleuses du *care*, à « *des caprices ou des désirs des bénéficiaires* », exprimés par les personnes âgées ou les aidants proches. La différence de terminologie employée par les acteurs des organisations (« *besoin* »

pour les directions et « demande » pour les travailleuses du care) est un point de tension intéressant à relever. L'exemple du cas du service de garde à domicile Alzheimer est, à ce titre, illustratif. Sa conception fondée sur une logique de flexibilité imposée et de fourniture d'un service « sur mesure » est utilisée comme un slogan pour attirer la population. Cependant, dans ce service, deux demandes co-existent et sont difficilement conciliables de façon simultanée : le répit offert aux aidants proches et la stimulation des fonctions cognitives de la personne âgée démente. Le service est devenu, d'après les participantes, davantage un service de répit et d'aide à la vie journalière qu'un service d'accompagnement pédagogique assuré par des travailleuses du care spécialisées. Selon leurs observations de terrain, les demandes ne correspondent pas réellement aux besoins de care relayés par l'organisation, qu'elles déterminent par l'absence d'un diagnostic de démence non formellement établi, ou d'une simple demande de mise au lit et non d'une véritable stimulation cognitive, ce qui ne justifie pas l'appel de leurs services pour y répondre systématiquement.

Cette confusion sémantique entre demandes et besoins par les différents acteurs de l'organisation peut s'expliquer par le fait que l'objectivité de l'évaluation des besoins et la définition d'un plan d'aide approprié dans les services d'aide à domicile, ne sont pas formalisées avec des outils ou des échelles spécifiques tel que cela est à l'œuvre dans les pratiques d'évaluation en soins infirmiers (Genet et al., 2013).

Nos résultats ont montré que la vision portée par l'organisation orientée « réponse aux demandes » a intensifié l'organisation du travail et a engendré, de ce fait, une exposition accrue aux risques psychosociaux des travailleuses du care. Ceci a eu des répercussions sur leur santé et leur bien-être et a généré, selon les données empiriques, un absentéisme que le service a dû compenser par des travailleuses en service mais déclarant être épuisées, stressées et démotivées par la surcharge de travail. Ces résultats sont cohérents avec ceux décrit par Ruotsalainen et al. (2020). Selon Davin (2006), la réponse à toutes les demandes engendre un cercle vicieux au sein de l'organisation, qui nécessite pour rétablir l'équilibre, une définition correcte et une prise en compte réelle des besoins des bénéficiaires, évitant ainsi un déséquilibre entre le bien-être des personnes âgées, celui des aidants proches et celui des travailleuses du care (Davin et al., 2006). A long terme, le risque encouru est d'installer dans le paysage de l'aide et des soins à domicile, une logique de "client-roi" dont l'impact sur l'organisation sera double : la détérioration de la qualité des services et la fragilisation de la durabilité de l'innovation (Westerberg et al., 2017).

2.1.3 La structure pyramidale des organisations : un environnement de travail très cadré

Nos résultats ont montré que les organisations de l'aide et des soins à domicile disposent d'un mode de gouvernance établi sur le modèle classique d'une structure pyramidale hiérarchisée avec un type de management *top down*. Elles sont constituées d'une direction générale et d'une ligne hiérarchique composée des comités de direction et des responsables d'équipe, ainsi que des organes de concertation sociales (CE et CPPT). Les travailleuses du *care* du cas d'étude A ne disposent pas de représentante des travailleuses pour leur service de gardes à domicile, bien que la demande ait été formulée par la direction. En revanche, pour les travailleuses du *care* du cas d'étude B, elles disposent de représentantes des travailleuses pour les aides familiales. Cependant, l'une d'entre elles, ayant participé à notre recherche participative (Etude 2) déclare que les revendications relatives aux conditions de travail qu'elle a tentées à maintes reprises de relayer en Conseil d'Entreprise ne sont pas entendues par la Direction.

Les travailleuses du *care* rapportent qu'elles ne sont ni consultées ni impliquées aux processus décisionnels aux niveaux organisationnels ou stratégiques et disposent d'une latitude décisionnelle limitée au contenu du travail sur leur environnement de travail pour la réalisation des tâches dans un cadre défini par l'organisation qui les emploie. En effet, les données empiriques indiquent que la responsable d'équipe se charge de recevoir les demandes de services, d'évaluer les demandes des bénéficiaires, de concevoir le plan d'aide et de soins, de planifier les horaires et les conditions d'intervention sans la participation des travailleuses du *care*. On retrouve également ce processus organisationnel dans les organisations d'aide à domicile en France comme le décrit Dussuet (2010). Cette forme de gestion est qualifiée par Puissant (2011), d'approche « paternaliste » des organisations qui vise à sécuriser et à contrôler la relation interpersonnelle pour créer un cadre professionnel permettant d'éviter les dérives et les risques d'exploitation et de subordination des travailleuses du *care* par le bénéficiaire (Puissant, 2011).

En outre, Ruotsalainen et al. (2020) a montré que les processus de travail et de gestion à l'œuvre dans les services d'aide à domicile réduisent la satisfaction au travail des travailleuses du *care* et augmentent leur stress perçu. Selon les auteurs, les travailleuses du *care* sont considérées par l'organisation comme des « *pions au bas de la hiérarchie incapables d'influencer la façon dont le travail est planifié* » (Ruotsalainen et al. 2020 p: 8, traduction libre). D'après l'étude d'Assander (2022), plus de la moitié des travailleuses du *care* rapportent ne pas recevoir un soutien suffisant de leurs managers pour développer leurs compétences ou être encouragées à participer aux décisions importantes et 55% d'entre elles perçoivent que l'intérêt des managers pour la santé et le bien-être du personnel était absent.

L'auteur a également montré qu'une organisation de travail et managériale, où les directions portent peu d'attention à leur personnel aux niveaux de leur santé, leur bien-être, leur environnement de travail, le développement de leurs compétences ou des possibilités de communiquer, aura tendance à créer davantage de problèmes psychosociaux à une situation déjà tendue (Assander et al., 2022).

Dans ce sens, l'étude de Lundberg et al (2016) a montré que les facteurs organisationnels relatifs au type de management sont associés à l'environnement psychosocial de travail des travailleuses du *care* et qu'il est nécessaire d'encourager le personnel à s'exprimer, participer et exercer leur influence sur le travail ainsi qu'à développer leurs compétences. De plus, selon ces auteurs, si les directions d'organisation s'intéressent davantage au bien-être de leur personnel et leur permettent de participer aux décisions organisationnelles, cela influencera favorablement la qualité des soins fournis aux personnes âgées (Lundberg & Gerdle, 2017).

Cependant, le caractère social et les savoir-faire de ces professions sont peu reconnus dans le champ d'activités du *care* à domicile comme le décrit Puissant (2011). Ceci quand bien même nos résultats des études 2 et 3 montrent qu'elles sont très engagées dans leur travail, et font preuve de bon sens, de créativité et de débrouillardise, au profit de la qualité de vie des personnes âgées qu'elles accompagnent. En effet, nos observations renseignent que grâce à leurs pratiques de terrain et les formations continues dont elles bénéficient, les travailleuses du *care* ont développé un faisceau de compétences très variées pour faire face à des situations de grande complexité dans la relation de *care* avec les personnes âgées mais ne bénéficient que de peu de valorisation. Puissant (2011) explique ce point de tension par le fait que les travailleuses du *care* sont tiraillées entre les demandes d'une relation privilégiée établie avec les bénéficiaires qui les identifieront comme des personnes ressources d'un côté et de l'autre, un paternalisme de la direction qui les met en porte à faux avec des décisions qu'elle pourrait prendre lors des prestations pour le bien-être de la personne âgée, mais qui restent suspendus pour respecter le cadre rigide imposé par la direction (Puissant, 2011).

Dans le champ d'activités du *care* à domicile, les travailleuses du *care* sont celles qui sont les plus proches des personnes âgées et donc les mieux informées de leur évolution. Cependant, nos résultats ont montré que sur le terrain, ce sont celles qui ont le moins de possibilité au droit de décider et qui sont représentées par leur responsable d'équipe aux réunions de coordination multidisciplinaire pour la mise en place et le suivi du plan d'aide et des soins des personnes âgées. En ce sens, Quinn et al. (2021) recommandent que les travailleuses du *care* soient intégrées dans l'équipe de soins de santé au sens large et soient concertées lors des réunions multidisciplinaires en raison de la relation de proximité qu'elles développent avec

les personnes âgées, et du fait qu'elles sont très bien placées pour détecter les changements de leur état de santé physique ou cognitif (Quinn et al., 2021).

Les résultats de l'étude 2 ont mis en exergue le besoin exprimé des travailleuses du *care* d'être reconnues dans leurs compétences et capacités diverses. Elles revendiquent la nécessité que la direction et la ligne hiérarchique se rendent sur le terrain pour observer leur travail en temps réel et prennent la mesure de leurs implications et difficultés afin de légitimer leur expérience, leur capacité d'analyse et de prise de décisions.

2.2 Volet 2 du SLM: Exacerbation des conditions de travail et émergence de tensions

Nos résultats transversaux ont montré que le champ d'activités du *care* à domicile souffre de conditions de travail défavorables au niveau de l'environnement psychosocial, physique et organisationnel des travailleuses du *care*. Ces observations indiquent que la situation n'a guère changé en Belgique depuis 2006, année durant laquelle, l'étude Proxima faisant déjà état de conditions de travail difficiles des travailleuses de l'aide à domicile (Van Daele, 2006).

Des résultats similaires sur les conditions de travail dans le champ d'activités du *care* à domicile sont décrits dans la plupart des récentes études européennes (Ruotsalainen et al., 2020 ; Grasmø et al., 2021 ; Erlandsson & Szebehely, 2023 ; Strandell, 2023). Nous constatons que les scientifiques s'intéressent de plus en plus à ces questions et présentent des données probantes relatives aux répercussions néfastes sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, concluant avec la nécessité d'améliorer l'environnement de travail. En effet, selon Strandell (2020), l'intensification du travail dans les activités de *care* s'est accrue au fil du temps et les conditions de travail se sont dégradés entre 2005 et 2015. L'auteure rapporte en particulier une multiplicité de prestations quotidiennes, une pression temporelle laissant peu de place à la relation de *care*, un manque de soutien social et de latitude décisionnelle sur les décisions organisationnelles telles que la planification horaire (Strandell, 2020). Assander et al. (2022), ont démontré que les facteurs contextuels d'*Ageing in place* a généré de nouveaux défis pour les personnes âgées mais également pour les travailleuses du *care*. Ceux-ci se manifestent par une augmentation des tâches imposées, de la charge de travail et des compétences à développer pour répondre aux demandes de *care*, avec un accroissement des contraintes temporelles et peu de collaboration interprofessionnelle (Assander et al., 2022). Les auteurs pointent la nécessité d'améliorer l'organisation et l'environnement psychosocial du travail dans la mise à jour des directives et politiques nationales du système de soins à domicile, rejoignant en cela nos résultats.

Les résultats de l'étude 2 ont montré que les conditions de travail défavorables dans les services d'aide et de soins à domicile sont exacerbées par le contexte pressant d'*Ageing in place* et par les innovations qui sont mises en place pour y répondre. En effet, Denton et al. décrivaient déjà en 2002, que les changements organisationnels et l'introduction d'innovations dans les services de soins à domicile entraînaient une augmentation du stress professionnel (Denton et al., 2002).

Afin de mieux comprendre comment ces innovations impactent les conditions de travail sur le terrain actuellement, nous décrivons deux exemples de facteurs organisationnels spécifiques émanant de nos deux cas d'étude : la flexibilité horaire imposée et l'introduction d'une technologie pour la gestion des prestations.

2.2.1 La flexibilité « imposée » : entre demandes excessives et épuisement des travailleuses du care

Les résultats du cas d'étude A (Etude 2) éclairent la manière dont la flexibilité horaire imposée affecte la santé et le bien-être des travailleuses du care. En effet, la flexibilité des horaires des travailleuses du care est inhérente à certains services d'aide à domicile, en particulier celui de garde à domicile. Comme le décrit Dussuet (2005), les organisations orientées vers les objectifs de production exigent une fourniture de services personnalisés et une flexibilité accrue des travailleuses du care afin de garantir la réponse immédiate aux demandes des bénéficiaires (Dussuet, 2005). Cette flexibilité semble davantage répondre à un impératif d'urgence et d'immédiateté de la demande des aidants proches, ce qui a des effets négatifs sur la qualité du service fourni et la santé et le bien-être des travailleuses du care (de Nanteuil-Miribel, 2005).

Nos résultats ont montré que l'un des objectifs initiaux de l'innovation du cas d'étude A (destiné à des activités pédagogiques de stimulation des fonctions cognitives des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) était délaissé par les travailleuses du care parce que les prestations concernaient uniquement un service de répit aux aidants proches à des heures inconfortables. De plus, les travailleuses rapportent être épuisées et stressées par la surcharge de travail et n'utilisent plus la valisette communicationnelle pour l'accompagnement pédagogique dont elles sont formées. Cette surcharge est due, d'après elles, à la sollicitation excessive par la responsable d'équipe, au-delà de leur horaire de travail prescrit et de surcroît à des heures inconfortables pour remplacer des collègues en congé maladie.

L'analyse des données empiriques a montré que l'un des facteurs explicatifs de ces tensions trouve ses racines dans les modalités du contrat de travail de ce type d'emploi. Ce dernier prévoit un régime de travail limité à un temps partiel en raison, d'après la direction de l'organisation, de la pénibilité physique et émotionnelle du travail d'accompagnement des personnes âgées démentes, en perte d'autonomie et

d'altération de leurs fonctions cognitives. De plus, l'une des conditions d'emploi requise est la prestation de services à horaires variables en vue d'offrir du répit aux aidants proches aux horaires souhaités durant la semaine et en heures dites « inconfortables » sur base volontaire (soirée, nuit et weekend). Cette clause contractuelle exige des travailleuses du care de se rendre disponibles « à toute heure », ce qui est expliqué dans la littérature par la logique du « *Just in time* », qui renvoie à une disponibilité accrue dans les temps personnels, comprimés entre les interstices des horaires fragmentés et imprévisibles (Dussuet, 2005). D'après nos résultats, ces horaires sont établis par la responsable d'équipe qui elle-même subit une pression pour répondre à toutes les demandes des bénéficiaires, générant ainsi des risques d'absentéisme pour maladie récurrents dans ce type de service à flexibilité imposée, comme le confirme l'étude de Grasmø et al. (2021).

2.2.2 L'introduction d'une technologie mobile : un contrôle accru contreproductif

Les résultats du cas d'étude B décrivent la manière dont l'introduction d'une innovation technologique mobile (en vue de rationaliser et d'améliorer l'efficacité organisationnelle des processus de travail) a affecté la qualité de vie au travail et les rapports sociaux des travailleuses du care. En effet, l'outil smartphone servant à renseigner leurs prestations et déplacements de façon numérique, était considérée par les participantes, comme une source de pression temporelle et de stress, comme le confirme la littérature scientifique. D'une part, nos résultats indiquent que l'appropriation d'un nouvel outil technologique en particulier pour des travailleuses du care ayant moins de compétences digitales avec l'usage d'applications numériques, ou pour la gestion de problèmes techniques (bug, connexion internet, etc.) auxquelles elles doivent faire face, ont constitué une charge de travail supplémentaire et un facteur de stress régulièrement rapportés, rejoignant ainsi les résultats de l'étude d'Andersen & Westgaard (2013) et de Peña-Casas et al., (2018). D'autre part, outre l'intensification de la charge de travail liée au fractionnement et à la multiplication des prestations, les travailleuses du care ont rapporté ressentir un sentiment de contrôle accru des prestations et des déplacements à travers l'usage du smartphone et son dispositif de géolocalisation numérique, générant du stress et un sentiment de manque de confiance de la direction. Ceci est également confirmée par l'étude de Brown & Korczynski (2010). En outre, la récente étude de Strandell (2023) a mis en évidence que l'utilisation des technologies de l'information et les mesures de contrôle ont intensifié la charge de travail et occasionné une pression temporelle supplémentaire (Strandell, 2023). Par ailleurs, nos données empiriques indiquent que le fait d'outiller les travailleuses d'un smartphone a eu pour effet de flouter la frontière entre le temps professionnel et le temps privé. Les travailleuses du care déclarent devoir être disponibles au pied levé en cas d'appel et de demandes de changement d'horaire inopiné, tel que le confirme l'étude de Peña-Casas et al., (2018).

Enfin, alors que l'introduction d'un tel outil technologique dans les services du *care* à domicile a pour objectif d'améliorer l'efficacité du travail et la qualité des soins (Borgiel et al., 2013), nos résultats ont montré qu'elle a eu pour effet, selon les travailleuses du *care*, de déshumaniser la relation de *care* avec la personne âgée. Ces observations rejoignent le phénomène de rationalisation des services de soins décrit par Andersson Marchesoni et al. (2017), qui entre en conflit avec la rationalisation technologique en raison du fait que la nouvelle technologie interfère avec la mission primaire des travailleuses du *care*, en l'occurrence, celle de fournir des services d'aide et de soins de qualité (Andersson Marchesoni et al., 2017).

2.2.3 Des travailleuses du *care* « pressées comme des citrons » : une tension entre les intérêts des acteurs

Le contexte du déploiement des innovations sociales favorisant l'*Ageing in place* en Wallonie a servi de révélateur dans un champ d'activités en pleine réorganisation. En effet, toutes ces observations ont conduit à ce qui constitue l'élément central de nos résultats : une tension forte entre la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, le bien-être des bénéficiaires et une pression provenant de l'organisation de travail exigeante pour répondre aux intérêts stratégiques des services. Cette double tension est illustrée par une citation emblématique des travailleuses du *care* émanant de nos données empiriques : « *Nous sommes pressées comme des citrons par la famille et par l'employeur* », et conceptualisée dans le volet 2 du *Squeezed Lemon Model*.

D'après la littérature scientifique, l'articulation des intérêts des travailleuses du *care*, des bénéficiaires et de l'organisation des activités de l'aide à domicile, a été décrite dans un modèle triangulaire proposé par Puissant (2011). Aux trois angles du triangle, se trouvent trois acteurs-clés : les travailleuses [acteur angle 1]; les bénéficiaires (personnes âgées et aidants proches) [acteur angle 2]; l'organisation [acteur angle 3]. Au centre du triangle et à l'intersection de ces acteurs, se situe le personnel encadrant [acteur central 4] qui joue le rôle d'intermédiaire en vue de favoriser l'équilibre entre les intérêts respectifs de chaque acteur et afin d'éviter tout risque d'abus de demandes de certains bénéficiaires auprès des travailleuses (Puissant, 2011). Ce modèle triangulaire constitue un modèle de gestion produit dans une perspective de professionnalisation des métiers du *care* en vue de repenser un collectif de travail entre les travailleuses du *care*, dont les prestations sont caractérisées par l'isolement lié à l'environnement domestique du travail. Ce processus de collectivisation du travail se matérialise par un espace de rencontre au sein de l'organisation permettant aux travailleuses de se réunir entre pairs et avec la responsable d'équipe d'une même zone géographique. Selon Puissant, ce dispositif pourrait constituer un outil de prévention des risques psychosociaux et des pénibilités physiques (Puissant, 2011).

L'examen critique de ce modèle de gestion développé par Puissant, indique une pertinence de ce modèle au vu de certains recoupements avec nos résultats et permet de proposer quelques nuances et amendements adaptés à notre contexte. En effet, nos observations ont montré que la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* [acteur angle 1 du triangle de Puissant] est pris en tension entre deux acteurs-clés : d'une part, les demandes des bénéficiaires [acteur angle 2]; et d'autre part, les intérêts stratégiques de l'organisation représentés dans notre recherche par la ligne hiérarchique (responsable d'équipe). C'est sur ces deux acteurs distincts [3 et 4] que se démarquent nos résultats par rapport au modèle de Puissant : le rôle intermédiaire (la fonction du responsable d'équipe) ne pourrait servir de régulateur des tensions entre les trois acteurs si l'on attend de lui qu'il puisse équilibrer des intérêts divergents, alors que le responsable d'équipe est lui-même soumis à une pression pour faire appliquer les procédures de travail et atteindre les objectifs stratégiques ainsi que l'équilibre financier souhaité par la direction.

Ainsi, en complément du modèle de gestion de Puissant (2011), nous proposons un modèle d'analyse de santé au travail, le *Squeezed Lemon Model* (Figure 7) intégrant les éléments du contexte de l'organisation et les rapports sociaux entre les acteurs-clés. Notre modèle indique, dans le volet 3, que l'organisation de travail exigeante est l'un des déterminants majeurs qui explique cette double tension et son impact sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* ainsi que sur la relation de *care* avec les personnes âgées.

2.3 Volet 3 du SLM: Conséquences sur la santé au travail et la relation de care

2.3.1 La santé et le bien-être impactés par une organisation de travail exigeante

Les résultats de l'étude 3 réalisée auprès d'un échantillon de 1134 travailleurs en Wallonie et à Bruxelles ont montré que les travailleuses du *care* dans l'ensemble du champ d'activités du *care* à domicile se déclarent être en bonne santé de façon générale, et ce, quels que soient leur fonction ou statut.

Cependant, les deux études de cas (Etude 2) ont montré une augmentation du stress perçu et de l'épuisement professionnel des aides familiales et gardes à domicile due à une surcharge de travail et à une intensification des rythmes de travail ainsi qu'à un contrôle accru par la ligne hiérarchique. Ces résultats sont renforcés par ceux de l'étude 3 qui présentent des scores pour les indicateurs de santé mentale et physique (stress et stress somatique) élevés à mesure que l'organisation de travail devient plus exigeante (intensification de la charge et du rythme du travail). Ils indiquent que le *job strain* est associé à une baisse du bien-être et à une augmentation de l'épuisement et de stress professionnels, ce qui est

cohérent avec la littérature (Muramatsu et al., 2019 ; Eurofound et al., 2022). En effet, l'impact sur la santé des travailleuses du care est en particulier dû à la charge de travail élevée (Sjöberg et al., 2020), à l'intensification du travail (Sayin et al., 2021), au contrôle accru (Assander et al., 2022), en particulier avec l'introduction des outils technologiques (Strandell 2023) ; et à la pression temporelle (Ruotsalainen et al., 2020 ; Grasmø et al., 2021), l'une des raisons les plus problématiques d'après ces auteurs. En outre, l'étude de Sterling, a montré que la pression du travail exercée sur les travailleuses du care à domicile durant la pandémie de Covid-19 a aggravé ce stress ressenti (Sterling et al., 2020).

Conformément au modèle théorique *Job Demand-Control-Support* de Karasek & Theorell (1990), nos résultats qualitatifs et quantitatifs ont pointé le degré d'exigence de l'organisation du travail comme un déterminant majeur de la dégradation des conditions de travail et des effets néfastes sur la santé et le bien-être des travailleuses du care. Ils décrivent le fait que l'intensification du rythme et de la charge travail sont étroitement liées à la demande croissante des services et à certains facteurs organisationnels devenus problématiques. Ces observations sont cohérentes avec la littérature ayant analysé la valeur prédictive des facteurs organisationnels sur la santé des travailleuses du care. En Suède par exemple, l'étude de Sjöberg (2020) a montré que 28% de son échantillon déclarait subir une charge de travail élevée et des demandes quantitatives induisant une moins bonne santé des travailleuses du care (Sjöberg et al., 2020). Assander et al. (2022) quant à eux, décrivent que plus de 50 % des travailleuses du care perçoivent avoir une charge importante de travail. En outre, entre 70 et 86 % de son échantillon déclarent subir des demandes professionnelles élevées (quantité et qualité des tâches), ainsi qu'un sentiment d'agitation et de stress. Les auteurs concluent que le stress perçu est associé à une combinaison de facteurs organisationnels et individuels liée au contexte du vieillissement de la population et des demandes croissantes de care (Assander et al., 2022).

Les demandes quantitatives observées dans nos résultats se manifestent principalement par des contraintes horaires et des pressions temporelles pour répondre aux demandes croissantes de la population, tel que cela est également rapporté par Andersen & Westgaard (2013); Ruotsalainen et al. (2020) ; Strandell (2023). Celles-ci se déclinent sous différentes formes et sont cohérentes avec la littérature : une flexibilité horaire imposée (Dussuet, 2005), une planification d'horaires de travail peu optimale, fragmentée, imprévisible (Fleming & Taylor, 2007 ; Ruotsalainen et al., 2020 ; Strandell, 2023), une grande fréquence des changements horaires et des heures supplémentaires (Shotwell et al., 2019), un fractionnement et une répartition des prestations très irrégulière sur une journée et sur la semaine y compris les nuits et weekend ainsi que la contrainte des trajets dans des zones géographiques éloignées (Fleming & Taylor, 2007 ; Sjöberg et al., 2020 ;

Strandell, 2020), une quasi absence de temps de pause entre les prestations ainsi qu'un calcul de temps pour les distances entre domiciles peu réaliste (Devetter & Puissant, 2018 ; Grasmø et al., 2021; Dussuet, 2013), un contrôle accru de la hiérarchie sur la maîtrise du temps des travailleuses sur le terrain avec un outil technologique (Strandell, 2023) et enfin, une réduction du temps imparti pour réaliser les tâches, contraignant les travailleuses du *care* à choisir entre plusieurs activités prioritaires (l'aide à l'hygiène par exemple), amputant une partie du travail relationnel du *care* (Le Roy et al., 2022).

Outre ces contraintes temporelles multiformes, les participantes de l'étude 2 ont déclaré que les ressentis de stress et d'épuisement se surajoutent à un environnement de travail qui génère déjà des pénibilités liées aux exigences émotionnelles et physiques inhérentes aux prestations de service et à la nécessité d'une adaptation continue face aux demandes complexes de *care* des personnes âgées, tels qu'on le retrouve dans les études de Taris & Schreurs (2009), Devetter & Puissant (2018), Franzosa et al. (2019) et Grasmø et al. (2021).

Enfin, il est intéressant de noter que ces résultats obtenus dans notre recherche en termes d'impacts sur la santé et bien-être au travail des travailleuses du *care* dus aux conditions de travail difficiles, sont également observés dans la littérature dans d'autres métiers du *care* que ceux du domicile, tels que chez les infirmiers en soins hospitaliers (Broetje, 2020) ou en soins résidentiels (Harrad & Sulla, 2018). En particulier, les contextes organisationnels changeants peuvent affecter une multitude de professions médicales ou paramédicales, comme cela est documenté sur base de preuves scientifiques dans l'ouvrage collectif corédigé par des auteurs pluridisciplinaires et démontrant les défis majeurs à concilier le bien-être des travailleurs du *care* et des soins de santé, la sécurité et la satisfaction des patients et les changements organisationnels (Montgomery et al. 2020).

2.3.2 La relation de *care* menacée par les conditions de travail défavorables

Les résultats de l'étude 3 ont montré que les scores moyens de l'engagement au travail sont assez élevés ("souvent" et "toujours") dans la plupart des professions du champ d'activités du *care* à domicile avec une moyenne globale de 4,28 sur une échelle de 5 points. Cet engagement élevé peut s'expliquer par la nature relationnelle et vocationnelle des métiers du *care* et de services à la personne entre le social et la santé, où les travailleuses sont généralement très investies et impliquées dans la relation d'aide et de soins qu'elles développent avec les personnes âgées et dont elles tirent une grande partie de leur motivation professionnelle (Bjerregaard et al., 2015).

De même, les résultats qualitatifs de l'étude 2 montrent que malgré des conditions de travail difficiles, les travailleuses du care ont déclaré ressentir un sentiment d'utilité sociale, de motivation et de gratification provenant de la relation d'aide avec les personnes âgées. L'expression "*J'aime mon travail*" est fréquemment employée tant dans nos workshops participatifs que dans les verbatims illustrant des résultats d'études similaires sur les travailleuses du care (Ashley et al., 2010 ; Ruotsalainen et al., 2020). Cet « *amour du travail* » associé à la capacité des travailleuses de répondre aux demandes des personnes vulnérables mettant à profit leur savoir-faire personnel et leurs compétences acquises par leurs formations, constituent le cœur du discours professionnel exprimé par les travailleuses de ce champ d'activités (Ribault, 2008). Ainsi, l'accompagnement et le soin fourni aux personnes âgées va bien au-delà des compétences techniques nécessaires au processus d'autonomisation des personnes âgées. Il s'agit de *soft-skills* qui comportent des compétences relationnelles et émotionnelles essentielles à la qualité des soins. Bien que souvent sous-estimées par les employeurs, les travailleuses du care leur accordent une importance cruciale (Godwyn & Gittel, 2011; Sherwin & Winsby, 2011 ; Tronto, 2008) quand bien même les conditions de travail et la gestion de situations d'accompagnement complexes s'avèrent éprouvantes (cas lourds, agressivité, impacts émotionnels suite à un décès, etc.). Puisant leur motivation et leur énergie dans la relation de care, certaines participantes de l'étude 2 expliquent qu'en raison de leur faible qualification, elles demeurent dans leur emploi malgré les conditions de travail défavorables et le faible salaire. Elles pensent ne trouver de meilleur emploi, tel que le décrit également Ilima et al., (2014), ce qui peut constituer selon Avril (2006) un "*emploi-refuge*" pour les femmes défavorisées sur le marché du travail.

Cependant, sur le moyen terme, la qualité de la relation de care peut se détériorer en raison de l'épuisement des travailleuses du care. En effet, les résultats de l'étude 2 ont montré que l'exacerbation des conditions de travail défavorables due au contexte socio-politique d'*Ageing in place* et à l'exposition accrue aux facteurs de risques psychosociaux, a non seulement impacté la santé et le bien-être des travailleuses du care, mais a également fragilisé la relation d'aide et la qualité des soins. Nos résultats sont comparables avec ceux de l'étude de Ruotsalainen (2020) dont les travailleuses du care avaient également déclaré qu'elles aimaient leur travail mais que les difficultés provenant des processus et des modes d'organisation du travail pouvaient impacter la qualité des soins (Ruotsalainen et al., 2020).

Il y a donc une nécessité pour les organisations de développer une vision et une véritable éthique du care en tant que pratiques professionnelles requérant des compétences spécifiques et ne pas miser uniquement sur les caractères motivationnels et relationnels des métiers du care comme le décrivent les travaux de Gilligan (2008) et Tronto (2008) afin de préserver une catégorie professionnelle

fortement engagée dans son travail mais dont les compétences sont insuffisamment reconnues. L'amélioration des conditions de travail dans le champ d'activités du *care* des personnes âgées à domicile constituent à ce titre, un enjeu de santé publique qui doit être reconsidéré à sa juste valeur, en vue de protéger la santé et le bien-être des travailleuses du *care* et en conséquence, la qualité des soins et la relation de *care* avec les bénéficiaires.

2.4 Volet 4 du SLM: Participation aux processus décisionnels : une ressource bénéfique

L'analyse transversale des trois études a montré que la participation des travailleuses du *care* aux processus décisionnels sur les aspects stratégiques, organisationnels ou discrétionnaires est très faible, ce qui est comparable avec les rares études scientifiques étudiant le type de management et la forme de participation dans les organisations des activités du *care* à domicile (Lundberg & Gerdle, 2017).

Les résultats de l'étude 1 indiquent que la participation des travailleuses du *care* dans les décisions stratégiques liées aux innovations n'est pas une dimension considérée dans la vision des acteurs du champ d'activités du *care* à domicile sur l'*Ageing in place*, alors qu'elle peut constituer l'un des facteurs-clés pour assurer la réussite d'une innovation et la viabilité d'un service comme le décrivent les résultats de l'étude 2 et le confirment (van Niekerk et al., 2021) ainsi que le rapport de Melon & Bingen (2020). En effet, les participantes de l'étude 2 ont confirmé ne pas avoir été consultées aux réflexions stratégiques sur les objectifs de production des services innovants favorisant l'*Ageing in place*. Elles n'ont été mobilisées qu'au moment où les innovations ont été conçues, afin de recevoir une formation et d'être opérationnelles pour la réalisation des activités. Les résultats de l'étude 3 dans le champ d'activités du *care* à domicile global, renforcent les résultats précédents, sans spécification d'innovation, et indiquent que le score de participation est relativement faible (entre "parfois" et "rarement") et inférieure à la moyenne générale chez travailleuses du *care* par rapport aux autres professions plus qualifiées (libérales, scientifiques et cadres) qui disposent d'une latitude significative en matière de prise de décisions. Les travailleuses du *care* ont donc très peu d'occasion de participer à la prise de décision pour influencer la qualité ou la quantité de travail tel qu'on le retrouve dans l'étude d'Assander (2022).

Malgré la faible participation aux processus décisionnels observée à travers nos résultats, son potentiel bénéfique sur la santé et le bien-être des travailleuses du *care* a été mis en évidence et donne des perspectives intéressantes pour améliorer les conditions de travail et l'engagement au travail.

En effet, dans l'étude 3, nous avons mobilisé le modèle théorique *Job Demand-Ressource* de Bakker & Demerouti (2007) pour tester l'hypothèse selon laquelle la participation pouvait constituer une ressource dans un contexte d'organisation de travail exigeante et atténuer l'effet négatif de celle-ci sur la santé. Les résultats montrent une corrélation positive entre la participation aux processus décisionnels et la santé des travailleuses du *care*. De plus, les analyses de modération ont confirmé l'existence d'une interaction entre une organisation du travail exigeante et la participation aux processus décisionnels. Cela signifie, conformément au modèle JD-R, que la participation agit comme une ressource favorable pour les travailleuses du *care* en ayant un « effet tampon » sur la relation négative entre une organisation de travail exigeante et la santé mentale et physique, en particulier lorsque les travailleuses subissent un niveau élevé de contraintes quantitatives. De plus, les analyses statistiques ont révélé un effet principal de la participation aux processus décisionnels en tant que ressource sur l'engagement au travail.

Ces résultats sont cruciaux pour notre thèse car ils confirment que la participation aux processus décisionnels joue un rôle bénéfique sur la santé des travailleuses du *care*, et sur leur engagement au travail, ce qui est cohérent avec les quelques études sur le sujet. En effet, l'étude de Larsson et al., (2013) a décrit la participation des travailleuses du *care* à domicile comme un facteur déterminant dans la gestion des risques psychosociaux, en particulier du fait que l'environnement de travail varie constamment d'un domicile à l'autre. Ruotsalainen et al. (2020) ont montré que lorsque les travailleuses du *care* à domicile peuvent influencer leur travail, cela produit un impact positif sur leur bien-être. Les auteurs soutiennent l'idée que la création d'équipes de *care* à domicile auto-gérées pourrait constituer une stratégie bénéfique pour améliorer la santé au travail (Ruotsalainen et al., 2020). De plus, le rapport de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, évaluant l'évolution des modèles d'organisation du travail dans l'UE27, fournit une indication sur le potentiel bénéfique de la participation aux processus décisionnels. Selon les auteurs, la participation des salariés est associée à des niveaux plus élevés de bien-être psychologique et à une diminution significative des symptômes physiques dus au stress ainsi qu'à une plus grande motivation à s'engager dans les tâches et à contribuer à l'organisation (Gallie et al., 2013).

Un examen approfondi de la littérature a mis évidence qu'il existe peu d'études étudiant le rôle de la participation comme ressource pouvant améliorer les conditions de travail et la santé des travailleuses du champ d'activités du *care* à domicile. La récente *scoping review* de Gebhard & Herz (2023) ayant fait le tour d'horizon de la littérature, confirme le peu d'études et de preuves disponibles sur les interventions globales améliorant la santé, le bien-être et la sécurité au travail des travailleuses du *care* à domicile. De façon plus spécifique, sur les 18 études incluses dans sa *scoping review*, une seule comprend des interventions

d'amélioration de conditions de travail fondées sur des démarches participatives des travailleuses du *care*. D'après ses conclusions, la recherche sur cet enjeu est très marginale et a fortiori les études analysant le facteur « participation » (Gebhard & Herz, 2023).

En ce qui concerne les études mobilisant le *JD-R Model* dans le champ d'activités du *care* à domicile exploitant la participation comme variable 'ressource', elles sont également quasi inexistantes à notre connaissance. En Belgique, une étude a été réalisée en 2016 utilisant le *JD-R Model* dans les activités des soins infirmiers à domicile. Elle montre que la charge de travail et les exigences émotionnelles sont associées positivement à l'épuisement professionnel (Vander Elst et al., 2016). Nos résultats sont partiellement cohérents avec ceux-ci : seule l'association positive entre des exigences élevées (charge de travail) et l'épuisement professionnel (l'une des variables de notre indicateur de santé construit) est comparable, l'étude n'exploitant pas les mêmes variables d'intérêts pour les ressources ni les mêmes catégories professionnelles.

Notre recherche doctorale contribue donc substantiellement à combler une lacune dans la littérature scientifique en matière de participation aux processus décisionnels dans la recherche et les modèles de santé au travail. En effet, notre thèse exploitant des méthodes mixtes et participatives propose le *Squeezed Lemon Model*, venant compléter et préciser les modèles théoriques *Job Demand-Control-Support* de Karasek & Theorell et *Job Demand-Resource* de Bakker & Demerouti. Le Volet 4 illustre la prise en compte de la dimension « participation », basée sur nos résultats qualitatifs (Etude 2) et ayant fait émerger l'hypothèse d'une régulation des tensions observées par la participation des travailleuses du *care* et confirmée par les résultats quantitatifs (Etude 3) montrant son effet bénéfique sur leur santé dans un contexte d'organisation de travail exigeante.

Cependant, il convient de relever que la participation en tant que tel ne suffit pas. Les conditions de sa mise en œuvre sont également à prendre en compte comme le montrent les études réalisées autour du modèle « *Buurtzorg* ». En effet, fondée sur une logique d'autogestion et d'autonomie des équipes, l'initiative innovante '*Buurtzorg*' met en avant la participation des travailleuses des soins infirmiers à domicile aux processus décisionnels au niveau organisationnel notamment en matière de planification. Selon Gray et al., (2015), la mise en place d'équipes de travail autogérées favorise la flexibilité dans l'organisation du travail afin de répondre de manière équilibrée aux besoins des travailleuses du *care* concomitamment aux bénéficiaires de leurs services. Toutefois, bien que ce modèle présente des avantages pour la qualité des soins et la satisfaction au travail, Leask et al., (2020) ont mis en évidence des problèmes de collaboration inter- et intra-équipe, dus à des conflits de personnalité, à la confusion des rôles et des responsabilités, à la compétitivité et à la crainte de prendre de décision.

Il est donc nécessaire de prendre en considération d'autres aspects liés à la participation pouvant constituer des facteurs de risques professionnels et engendrer des effets néfastes sur la santé et le bien-être des travailleuses. Kalleberg et al. (2009) ont ainsi démontré que la participation aux prises de décisions peut avoir des effets bénéfiques mais également des effets négatifs sur la santé des travailleuses du care tels que l'augmentation de stress (Chaniel, 2010).

Enfin, il convient de mettre en avant que la méthodologie employée pour les workshops participatifs de l'étude 2 a constitué pour les travailleuses du care, une occasion exceptionnelle d'expérimenter un démarche participative pour prendre part à des processus analytiques et décisionnels sur le travail. Lors de cette occasion, elles ont pu exprimer leur souhait d'être davantage impliquées pour formuler leur avis sur les aspects organisationnels de travail (tels que la planification horaire ou la gestion des tournées) et sur l'amélioration de leurs conditions de travail lors de réunions spécifiques. Comme le décrivent Melon & Bingen (2020), la participation à l'analyse de situation liées aux conditions de travail par les travailleurs, au-delà de pouvoir produire une lecture partagée des risques professionnels, des problématiques et des actions prioritaires à mener pour améliorer l'environnement de travail, la démarche managériale qui à (re)donner la parole aux travailleuses du care, à leur offrir une écoute attentive et à reconnaître leur expertise du poste de travail qu'ils occupent, constitue en soi une voie d'amélioration de leur bien-être au travail (Melon & Bingen, 2020).

3. Considérations méthodologiques de la recherche

Cette recherche doctorale comportent plusieurs forces à mettre en évidence. D'une part, la recherche par méthodes mixtes et participatives a permis d'explorer plusieurs questions de recherche de façon successive et complémentaire avec un protocole de séquençage exploratoire mobilisant une phase qualitative suivie d'une phase quantitative. Cette approche a permis de renforcer nos résultats et d'obtenir une plus grande robustesse des conclusions générales. Le choix des modèles théoriques de santé au travail (*JD-CS Model* et *JD-R Model*) a été pertinent au vu de l'enjeu de santé au travail étudié dans un champ d'activités caractérisé par un contexte socio-politique requérant aggravant les conditions de travail.

D'autre part, la démarche participative dans une approche de promotion de la santé au travail, initiée dans le champ d'activités du care à domicile avec des travailleuses du care dont la voix est généralement peu entendue et dans des organisations à structure très hiérarchisée, a également constitué une force de la thèse par son caractère ancrée dans le terrain et originale pour ce champ. De plus, la recherche doctorale est inscrite dans le cadre d'une recherche interdisciplinaire plus large, la recherche WISDOM, ce qui lui confère une grande richesse dans les réflexions et le

partage de savoirs, de méthodes, de considérations épistémologiques et de regards scientifiques des différentes équipes de recherche.

Cependant, la recherche comporte quelques limites à relever. En effet, la question de la santé et du bien-être au travail étant au cœur de la recherche, il aurait été intéressant d'inclure dans l'échantillonnage et le design de la recherche participative, les représentants des organisations syndicales et du CPPT. L'absence de ces acteurs s'explique par le fait que la thèse s'inscrit dans une recherche partenariale dont le Comité d'accompagnement était composé dès le départ de plusieurs fédérations d'employeurs et dont le protocole ne prévoyait pas les acteurs de la concertation sociale, qu'il aurait été délicat d'inclure *a posteriori*. Néanmoins, afin de recueillir l'avis de ces derniers dans nos analyses transversales, nous avons réalisé deux interviews auprès de représentantes de deux organisations syndicales différentes en fin de processus.

Par ailleurs, la recherche participative était inscrite dans un laps de temps bien défini avec une méthodologie qui ne prévoyait pas l'évaluation formelle de l'appropriation des résultats par les organisations après les workshops de l'étude 2. Nous sommes restées en questionnement sur l'évolution de l'organisations de travail une fois la recherche complètement achevée par des communications orales sous forme de tables rondes, lors d'un colloque officiel organisé avec les organisations du champ étudié, sans avoir une connaissance des suites que les organisations ont réservé aux résultats. Il serait donc pertinent pour de futures recherches de ce type, de prévoir une phase post-recherche afin d'évaluer l'impact d'une telle recherche sur les transformations organisationnelles et dans les rapports sociaux qui pourraient en découler. En outre, nous avons été confrontés lors de notre travail empiriques à certains défis liés à notre posture de chercheuse, notamment certaines tentatives d'instrumentalisation. L'exposé de ces défis et les réflexions et enseignements qui en ont découlé sont décrits dans le Chapitre 6 « Posture épistémologique » (p. 81 à 80).

Enfin, de façon plus spécifique, la pertinence des choix méthodologiques et de l'échantillonnage de chaque étude, ainsi que leurs forces et faiblesses sont détaillées dans les trois articles scientifiques respectifs dans la partie 3 « Etudes empiriques ».

Cette discussion générale sur l'ensemble des résultats de notre thèse et l'approche méthodologique déployée ont ouvert des perspectives intéressantes pour le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile, nous conduisant à formuler quelques recommandations décrites dans le Chapitre 11.

Chapitre 11. Recommandations et perspectives futures

Préambule

Les résultats de notre travail doctoral nous permettent sans ambages de plaider pour une plus grande prise en considération des conditions de travail dans le champ d'activités du *care* et des services d'aide et de soins à domicile dans lesquelles s'enracinent la santé et le bien-être des travailleuses du *care*, l'efficacité des organisations et, *a fortiori*, la qualité des services de *care* offerts. Le *Squeezed Lemon Model* propose des axes de réflexions et d'analyse organisationnelle permettant de concilier les intérêts de chaque acteur de façon équilibrée et respectueuse, en redonnant de la valeur à la participation aux processus décisionnels des travailleuses du *care* à différents niveaux. Ainsi, notre recherche éclaire les mondes scientifiques, politiques et organisationnels, sur les enjeux de redistribution du pouvoir venant bousculer les structures pyramidales classiques et hiérarchisées dans un champ d'activités sous pression par le contexte socio-politique d'*Ageing in place*, montrant que la participation des travailleuses du *care* peut avoir un effet bénéfique sur leur santé, leur bien-être et leur engagement au travail.

A lumière des résultats de cette thèse et de la discussion générale, nous proposons quelques recommandations destinées aux acteurs de terrain du champ d'activités du *care* à domicile, aux politiques ainsi qu'aux scientifiques.

1. Recommandations de bonnes pratiques aux acteurs du champ d'activités du *care* à domicile et aux politiques

Développés historiquement dans nos territoires, le champ d'activités du *care* et les services d'aide et de soins en pleine expansion, se révèlent incontournables dans l'écosystème du *care* pour répondre au contexte socio-politique d'*Ageing in place* et ainsi tenter de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'aspiration des personnes âgées à poursuivre leur projet de vie à domicile.

Cependant, les organisations de ce champ souffrent de *turnover* et peinent à recruter, en raison notamment des conditions d'exercices de travail des travailleuses du *care*, rendues difficiles comme nous l'avons exposé à travers cette thèse et dont les résultats, confrontés à la littérature, sont confirmés par d'autres études européennes et internationales. Il est donc urgent de reconsidérer la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* comme une priorité de santé publique et d'agir avec force pour prévenir les risques psychosociaux et améliorer les conditions de travail dans ce champ d'activités. A cette fin, nous proposons dans cette section quelques recommandations de bonnes pratiques destinées aux acteurs du champ d'activités du *care* à domicile et aux politiques.

1.1 Recommandation 1 : Réactualiser les guides de bonnes pratiques fondées sur les preuves et suivre les recommandations pour améliorer les conditions de travail

Notre recherche scientifique a montré que travailler dans le champ d'activités du care à domicile comporte des risques professionnels en particulier psychosociaux liés à la pression exercée par les objectifs poursuivis des organisations dans le contexte socio-politique requérant d'*Ageing in place*. Les travailleuses du care dont les activités répondent aux demandes de care des personnes âgées, contribuent à améliorer leur bien-être et à préserver leur autonomie à domicile. Cependant, les conditions de travail se détériorent et impactent lourdement la santé et le bien-être des travailleuses du care ce qui affecte la qualité des soins et la relation de care. En outre, le type de management opérant dans les organisations étudiées, est très hiérarchisé et laisse peu de marge de manœuvre et d'autonomie aux travailleuses en matière d'organisation de travail. La santé et le bien-être des travailleuses du care sont ainsi mis en tension et pris en tenaille dans un déséquilibre entre bien-être des bénéficiaires et intérêts stratégiques de l'organisation.

Afin de prévenir les risques psychosociaux dans ce champ d'activités, le SPF belge Emploi, Travail et Concertation sociale a édité plusieurs brochures à destination des employeurs d'organisations d'aide et de soins à domicile, avec notamment un volet central concernant l'amélioration de l'organisation de travail (Van Daele, 2006). En 2011, un nouveau guide de bonnes pratiques organisationnelles dans l'aide et les soins à domicile préservant la santé et la sécurité du personnel, a été rédigé sur base des données probantes issues de l'étude Proxima et d'un partenariat avec des experts québécois (Cloutier & Daele, 2011). Le but de ce guide est de soutenir des emplois de qualité, prévenir les risques psychosociaux et revaloriser ces métiers à majorité féminine, dans ce champ d'activités qui souffre de conditions de travail difficiles. De plus, « *Le guide de concertation Déparis IV : L'aide à domicile* » a été développé afin de réaliser un diagnostic participatif des risques psychosociaux en impliquant la direction, les membres du personnel, les cadres et d'autres services. Ce dernier permet d'aboutir à la définition d'un plan d'action en vue de rendre les situations de travail plus efficaces et agréables (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2008).

Cependant, force est de constater que malgré l'existence de ces recommandations organisationnelles, guides et brochures à disposition des organisations et des acteurs de ce champ d'activités, les conditions de travail des métiers d'aide et de soins à domicile ont peu évolué depuis 2006 et demeurent défavorables comme l'ont montré nos résultats de recherche. De plus, l'examen critique de ces guides a montré que la place de la participation aux processus des décisionnels au niveau organisationnel et stratégique n'y est pas mentionné.

Notre thèse comble cette lacune en montrant que la participation a toute sa place dans ces guides de bonnes pratiques car elle peut constituer un facteur de protection contre les risques psychosociaux et peut favoriser l'amélioration des conditions de travail dans le champ d'activités du care à domicile.

Notre recommandation 1 destinée aux fédérations d'employeurs et aux acteurs des organisations, vise à promouvoir l'amélioration des conditions de travail du champ d'activités du care à domicile, déclinée en deux axes complémentaires:

a) réactualiser ces guides de bonnes pratiques à destination des organisations, conçus sur base de données probantes, en y intégrant explicitement un axe spécifique concernant la participation comme facteur protecteur des risques psychosociaux et comme levier d'amélioration de l'organisation et des conditions de travail ;

b) encourager les organisations à prioriser l'enjeu de l'amélioration des conditions de travail et à considérer d'une égale importance le bien-être des bénéficiaires et celui des travailleuses du care dans ses finalités sociales et institutionnelles, en le mentionnant clairement dans les guides, en suivant les bonnes pratiques et les recommandations de prévention des risques professionnels en particulier psychosociaux qui y figurent.

1.2 Recommandation 2 : Initier et développer des démarches participatives directes dans les organisations du care

Les résultats transversaux de notre thèse ont permis de dresser des perspectives intéressantes en matière de participation aux processus décisionnels au niveau organisationnel, stratégique et discrétionnaire dans le champ d'activités du care à domicile, avec une catégorie de travailleuses peu qualifiées mais qui disposent de compétences et d'un savoir expérientiel à valoriser et à reconnaître dans le cadre professionnel. En effet, le processus participatif déployé à travers les workshops de l'étude 2 a constitué une ressource inédite pour les travailleuses du care de pouvoir faire entendre leur voix dans une structure très hiérarchisée et ayant peu d'opportunités de rencontrer leurs collègues ou responsables en raison du caractère isolé du travail. L'espace d'échanges mis en place pour la recherche participative a été bien accueilli par les organisations, et a permis aux travailleuses du care de s'exprimer de façon ouverte et constructive sur les problématiques et solutions liées à l'organisation de travail et à leur santé et bien-être.

Cependant, ce type de démarche est très rare dans le champ d'activités du care à domicile. Conjard & Journoud (2013) ont mis en évidence que les pratiques classiques de management ne permettent pas de bien outiller les salariés car elles

ne mettent ni à leur disposition les ressources nécessaires pour faire face aux exigences de leur travail, ni un espace de régulation, ni un de temps de discussion entre les salariés et le personnel encadrant. Les auteurs proposent un modèle de management participatif reposant sur trois axes : une organisation de travail qui redonne une marge de manœuvre aux travailleurs, l'institutionnalisation d'espaces de discussion sur le travail et un soutien organisationnel pour l'encadrement (Conjard & Journoud, 2013).

Dès lors, Il s'agit d'une approche qui replace les travailleuses dans un processus actif d'autonomisation et qui redonne du pouvoir d'agir aux travailleuses du care afin d'analyser les problèmes et identifier des solutions concernant leurs conditions et environnements de travail.

Quels sont les niveaux d'application d'une démarche participative dans le champ d'activités du care à domicile et comment les mettre en place concrètement ?

1.2.1 Elargir la latitude décisionnelle sur le contenu du travail et créer de véritables équipes de travail

Notre recherche a montré que les travailleuses du care disposent d'une latitude décisionnelle restreinte face à certaines situations complexes à gérer au quotidien. Atomisées sur différents territoires d'intervention, elles sont confrontées à un isolement lors des prestations à domicile, sans interaction avec les autres travailleuses du care ou des professions pluridisciplinaires (médicales, paramédicales ou psychosociales). Ainsi, elles n'ont pas d'espace de paroles pour débriefer après leurs prestations, rapporter leurs observations pouvant alerter d'autres travailleuses ou bénéficier du soutien social des collègues ou de la ligne hiérarchique. Il est donc nécessaire de recréer de véritables équipes de travail et des espaces de réflexion, de partage, de discussion sur le contenu du travail, outre les réunions d'équipes généralement courtes et se limitant à régler des ajustements horaires ou certaines situations urgentes.

De plus, les résultats ont montré que la nécessité pour les travailleuses du care de gérer de façon autonome des situations très diversifiées et complexes au domicile des personnes âgées, leur a permis de développer un faisceau de compétences très variées, un sens de la créativité et de l'observation qui méritent d'être valorisés et partagés en équipe pluridisciplinaire. En effet, les services d'aide et de soins à domicile gagneraient en efficacité et en qualité en élargissant la latitude décisionnelle des travailleuses du care et en leur offrant la possibilité d'intégrer les réunions de concertation en équipe pluridisciplinaire. Ces perspectives constituent des demandes émanant de notre terrain empirique et pourraient offrir une opportunité d'évolution de carrière des métiers du care à travers un accompagnement, des formations continues et des supervisions en équipe.

1.2.2 Créer des « espaces participatif de réflexion » sur l'organisation de travail

Les résultats de la thèse ont indiqué que les travailleuses du care ont une connaissance pointue de leur métier, de leur terrain d'intervention et des personnes âgées qu'elles accompagnent au quotidien. Leurs compétences et savoir-faire pratiques méritent d'être valorisés et considérés à leur juste valeur, comme dit précédemment, en ce compris sur les aspects organisationnels du travail, l'analyse de leurs conditions de travail ainsi que les pistes de solution concrètes de résolution des problèmes.

Les données empiriques ont montré que les responsables d'équipe, composés généralement d'assistantes sociales ou d'infirmières, ne sont pas particulièrement formés pour encadrer des équipes, connaissent peu les exigences physiques et émotionnelles du travail de care telles que vécues et relatées par les travailleuses et conçoivent l'organisation de travail principalement de façon à répondre aux demandes des bénéficiaires. Les services pourraient augmenter leur efficacité et la qualité des soins, tout en préservant la santé et le bien-être de son personnel, en permettant aux travailleuses du care de prendre part aux réflexions et aux processus décisionnels lors de réunions d'équipe dédiées à l'organisation du travail, comme le Volet 4 du *Squeezed Lemon Model* le prévoit.

Il est donc concrètement possible de favoriser la participation aux processus décisionnels dans une perspective de management participatif en créant des « espaces de réflexion participative » spécifiques permettant aux travailleuses du care d'exprimer leurs points de vue, leur vécu, leur vision sur la manière d'organiser le travail, le sens donné au travail et les déterminants préservant leur santé et bien-être.

Il s'agit ici de passer du niveau participatif de la simple « information » des décisions (comme décrit dans le continuum d'Heller et Yuki, 1969) édictées par la ligne hiérarchique vers un niveau de « consultation » en réunion d'équipe pour progressivement conduire les équipes au stade de « co-décision » avec les responsables d'équipes.

1.2.3 Impliquer les travailleuses du care dans les réunions sur les décisions stratégiques concernant les objectifs de production de services

Les résultats ont montré que l'introduction d'une innovation dans les processus de travail et les pratiques professionnelles des services du care ont été une source de dégradation des conditions de travail. Selon les données empiriques, l'organisation de travail exigeante a impacté la santé et le bien-être des travailleuses du care, la relation de care et a fragilisé la viabilité des services. Notre analyse a pointé l'absence de processus participatif des travailleuses du care dans la conception des

innovations et de l'organisation de travail des services étudiés. Ces résultats sont cruciaux et confirment ce que d'autres travaux scientifiques ont mis en avant, notamment le fait que permettre aux parties concernées de participer à un projet innovant dans toutes ses phases est un facteur de réussite et d'efficacité des services sur la durée (Melon & Bingen, 2020).

Les organisations qui innent dans le champ d'activités du *care* à domicile ne doivent pas uniquement donner la priorité aux objectifs de production orientés vers la satisfaction des demandes des bénéficiaires, mais doivent intégrer pleinement et simultanément une logique explicite de santé et de bien-être au travail dans leurs finalités et donner une place à l'implication des travailleuses du *care* dès les premières phases, par exemple lors de réunions spécifiques dédiés à ces objectifs avec les acteurs de l'organisation.

Assurer une plus grande participation pourrait ainsi être une stratégie efficace pour favoriser le bon fonctionnement de l'organisation, le développement du champ d'activités du *care* à domicile et une bonne qualité des services d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées favorisant l'*Ageing in place*.

Notre recommandation 2 destinée aux fédérations d'employeurs et aux acteurs de l'organisation est d'initier et de développer des démarches participatives directes au sein des organisations permettant aux travailleuses du *care* de prendre part aux processus décisionnels concernant :

- les aspects stratégiques et la définition des objectifs de production de services (exemple : réflexion sur la conception de projets innovants d'*Ageing in place* ou co-définition avec la responsable d'équipe du plan d'aide pour la personne âgée) ;
- les aspects organisationnels de travail (exemple : la planification des horaires ou la gestion des tournées) ;
- les aspects discrétionnaires liés aux prestations à domicile (exemple : la réalisation des tâches et le renforcement de l'approche humaine dans la relation d'aide).

Cette recommandation se décline en trois axes d'application pratique potentiellement réalisables dans le champ d'activités du *care* à domicile:

- Elargir la latitude décisionnelle sur le contenu du travail et créer de véritables équipes de travail
- Créer des « espaces participatif de réflexion » sur l'organisation de travail (voir recommandation 3)
- Impliquer les travailleuses du *care* dans les réunions sur les décisions stratégiques concernant les objectifs de production de services.

1.3 Recommandation 3 : Amorcer une réflexion autour d'un modèle de gouvernance participative dans le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile

En Belgique, les organisations souffrent de turnover des travailleuses du care et peinent à recruter, en raison notamment de conditions de travail et d'emplois défavorables comme nous l'avons démontré à travers cette recherche. Cependant, les besoins en personnel dans le champ d'activités du care à domicile sont importants (Belot et al., 2018) et les projections économiques prévoient que les activités des soins à domicile constituent parmi les plus importantes en Europe (Cangiano, 2014) et aux États-Unis (Spetz et al., 2015). Ce champ d'activités sera confronté à un double défi en raison de la croissance démographique : créer suffisamment d'emplois de qualité pour répondre aux enjeux d'*Ageing in place*, et lutter contre le travail non déclaré (Kvist, 2012).

Afin de favoriser l'attractivité des métiers du care, de préserver un champ d'activités incontournable face aux défis de l'*Ageing in place* et maintenir des travailleuses expérimentées et investies sur le terrain, les organisations qui innovent et les pouvoirs publics doivent être conscients des tensions mises en évidence dans le *Squeezed Lemon Model* mais également repenser un nouveau modèle de gouvernance participative pour le champ d'activités du care à domicile, à l'instar d'autres pays européens.

Quel modèle de gouvernance pourrait se déployer dans le champ d'activités du care à domicile?

1.3.1 Le modèle inspirant de soins de proximité '*Buurtzorg*'

Dans le champ d'activités du care à domicile en Europe, s'est développé avec beaucoup de succès '*Buurtzorg*', un nouveau modèle de fonctionnement de soins à domicile au Pays-Bas, ayant pour vocation de replacer l'humain et l'épanouissement au travail au cœur de l'organisation (Kreitzer et al., 2015). Ce modèle est intéressant à envisager car les équipes gèrent de façon autonome toute l'organisation de travail liée à leurs prestations sans passer par une hiérarchie. Il n'y a ni chef ni encadrement intermédiaire mais des « coach régionaux » qui n'ont aucun pouvoir décisionnel mais assurent un rôle d'accompagnateur et de formateur des équipes (Laloux, 2015). *Buurtzorg* inspire de nombreux pays, en particulier la Belgique pour repenser leur système de gouvernance et de gestion des soins à domicile. En région wallonne, deux organisations d'aide et de soins à domicile se sont lancées récemment dans l'expérimentation et l'implémentation du modèle *Buurtzorg* pour les activités de soins infirmiers à domicile. Il s'agit d'un projet-pilote qui ambitionne de redistribuer le pouvoir décisionnel aux travailleuses de terrain, en vue d'améliorer l'efficacité organisationnelle, la satisfaction au travail et une meilleure qualité des soins en

construisant toute l'organisation de travail autour du projet de vie et du réseau de la personne âgée. L'étude exploratoire de Hegedüs et al. (2022) a révélé une augmentation de la satisfaction du personnel à l'égard du modèle de soins à domicile *Buurtzorg*. Selon les auteurs, il a permis de diminuer la pression temporelle et de favoriser l'approche collective de résolution des problèmes liés au travail en équipe sur le terrain (Hegedüs et al., 2022). La perspective d'envisager ce modèle pour les activités de l'aide à domicile est intéressante, en particulier pour ce qui relève de l'implication des travailleuses du *care* à définir leur propre planning de travail, à s'organiser en équipes auto-gérées, à planifier les tournées de prestations et à réduire la pression temporelle, au profit d'un renforcement qualitatif de la relation de *care* avec les personnes âgées.

1.3.2 Les 'espaces de réflexion participatifs sur le travail'

Une deuxième pratique méritant un intérêt particulier est la mise en place de ce que nous appelons des « **espaces de réflexion participatifs sur le travail** », inspirées de la « théorie des espaces de discussion » développée par Detchessahar (2013). Selon l'auteur, ce dispositif a pour objectif d'impliquer les travailleurs de première ligne d'un champ d'activités spécifique et sa ligne hiérarchique, dans une discussion permettant de réguler les tensions, de proposer des solutions et compromis, de prévenir les risques professionnels et de restaurer le sens donné au travail. Il s'agit, selon l'auteur, d'un dispositif politique influant et d'un opérateur de prévention favorisant la santé et le bien-être santé au travail (Detchessahar, 2013).

Dans le champ d'activités du *care* à domicile, développer un modèle de gouvernance participative fondé sur la mise en place d'espaces de réflexion participatifs sur le travail constitue un levier actionnable pour favoriser les démarches participatives à différents niveaux tel que cela a été recommandé précédemment. Il s'agit là d'une issue envisageable pour autant que la direction et le personnel encadrant des organisations à fonctionnement hiérarchique classique, acceptent de repenser leur mode de gouvernance et que les travailleuses du *care* adhèrent à ces changements et acceptent de s'impliquer davantage dans la responsabilisation et la participation volontaire dans les processus décisionnels. En effet, un bouleversement profond des pratiques managériales à l'œuvre ne peut être opéré du jour au lendemain. La mise en place d'espaces de réflexion participatifs sur le travail comporte une série d'obstacles ou tensions à prendre en considération, tels que le financement des réunions et la résistance au changement.

a) La question du financement des temps de réunion

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un élément étudié dans le cadre de cette thèse, il semble nécessaire de rappeler cet enjeu pour attirer l'attention sur cet obstacle qui

pourrait freiner la mise en place d'espaces de réflexion participatifs sur le travail. En effet, le mode de financement public des activités d'aide et de soins à domicile repose sur une logique de contingentement d'heures et d'octroi de subsides aux organisations en fonction des heures de prestations à domicile. Cependant, pour atteindre les objectifs d'*Ageing in place* et favoriser un accompagnement proche du projet de vie des personnes âgées favorisant leur autonomie, il est nécessaire de repenser le mode de financement de façon plus globale et non en fonction des heures ou des actes de prestations chez le bénéficiaire. Par exemple, il serait intéressant d'envisager un mode de financement construit sur base d'un accompagnement global forfaitaire des bénéficiaires et orienté vers la qualité des prestations en fonction du plan d'aide et non en fonction de la quantité d'heures de prestations à réaliser. Ainsi, les temps de réunions, de supervision d'équipes, d'espaces de réflexion participatifs sur le travail et de formations pourraient être mieux financés. Les démarches participatives pourront se développer et favoriser progressivement un modèle de *care* à domicile fondé sur une gouvernance participative. Les travailleuses du *care* auraient moins de pression pour exercer leur travail, disposeraient d'espace d'échanges, de réflexion et d'influence sur les décisions relatives aux aspects stratégiques et organisationnels et pourraient accomplir leurs activités avec davantage de motivation, d'épanouissement et de sens, préservant ainsi leur santé et leur bien-être global.

b) Les contraintes de la participation : adhésion ou résistance ?

Pour que la transition d'un système de management traditionnel dans une organisation hiérarchisée vers un modèle de gouvernance participative puisse s'opérer avec efficacité, une réflexion de fond sur le cadre de mise en œuvre doit être menée avec toutes les parties prenantes. En effet, il est nécessaire de prévoir suffisamment de temps pour permettre une compréhension adéquate des enjeux liés au changement managérial et des implications en termes de transformations organisationnelles, des pratiques professionnelles et de redistribution du pouvoir. En effet, d'une part, les dirigeants doivent accepter de perdre une partie de leur pouvoir et d'autre part, les équipes sont invitées à devenir plus autonomes et à assumer davantage de responsabilités (Leask et al., 2020 ; Laloux, 2015). La mise en place d'espaces de réflexion participatifs sur le travail nécessite d'évaluer le véritable désir des travailleuses d'entrer dans cette nouvelle forme d'organisation de leur travail, car elle peut comporter des contraintes, des limites ou des charges supplémentaires pour les travailleuses (Charles & Thévenot, 2016). En effet, si les modalités d'un dispositif participatif sont institutionnalisées - avec ou sans l'appui des organisations syndicales - dans une perspective de management participatif, le risque selon Borzeix, est de faire peser certaines contraintes aux travailleuses, la participation relevant davantage du devoir que du choix (Borzeix et al., 2015). Il faut ainsi veiller à ne pas risquer de tomber dans l'écueil de l'injonction participative

(Carrel, 2017). La participation aux processus décisionnels doit être consentie de façon volontaire par les travailleuses du care, car toutes ne sont pas enclines à prendre des décisions, certaines d'entre elles préférant travailler en exécutant les tâches demandées et en suivant un horaire prédéfini par les responsables. Pour tenter de pallier aux contraintes de la participation Charles & Thévenot (2016) proposent dans leur ouvrage une 'pédagogie de la participation' qui vise à prendre en compte le réel souhait de s'investir des participants.

Dans une perspective de développement d'un management participatif, il est nécessaire de tenir du contexte de chaque organisation, du choix délibéré des travailleuses d'y adhérer et de la volonté des dirigeants à déléguer une partie de leur pouvoir. Il n'existe pas de modèle-type à appliquer mais une démarche innovante à inventer, explorer et à construire avec tous les acteurs concernés du champ d'activités du care à domicile.

Notre recommandation 3 destinée aux fédérations d'employeurs, aux acteurs de l'organisation, aux organisations syndicales et aux pouvoirs publics est de mener une réflexion de fond sur une transition vers un modèle de gouvernance participative dans le champ d'activités du care et dans les services d'aide et de soins à domicile.

Ce changement peut s'inspirer du modèle de soins à domicile '*Buurtzorg*' ou de la mise en place « d'espaces de réflexion participatifs sur le travail » comme nous le proposons, pour développer des équipes qui prennent part aux processus décisionnels relatifs à l'organisation du travail.

Dans cette perspective, il est nécessaire de repenser les modes de financement public pour intégrer les temps de réunions participatives dans un plan plus global d'accompagnement des personnes âgées. De plus, toute transition doit prendre en compte le contexte de chaque organisation, la volonté et le choix consenti des parties prenantes d'y adhérer et les risques d'une responsabilisation accrue des travailleuses qui pourraient comporter un effet contre-productif.

1.4 Recommandation 4 : Articuler « participation directe » et « participation indirecte »

Dans une perspective de transformation du mode de gouvernance dans un champ d'activités historiquement établi par un système hiérarchique, il est important de considérer l'enjeu de l'articulation entre participation directe des travailleuses du care et participation indirecte avec les acteurs et organes de concertation sociale, tels que le Conseil d'Entreprise, le Comité pour la Prévention et la Protection au Travail et les organisations syndicales.

D'après les résultats des interviews réalisées auprès des représentantes d'organisations syndicales des activités de l'aide et des soins à domicile, il est tout à fait envisageable d'articuler la participation directe et indirecte au sein d'une organisation dans ce champ d'activités. Les organes légaux de consultation et d'information (Conseil d'entreprise et Comité pour la Prévention et Protection au travail) sont des instances où l'on ne négocie pas. Les instances de négociation sont, au niveau de l'entreprise, la délégation syndicale et au niveau sectoriel, la commission paritaire. Il existe donc des espaces de négociation au niveau des organisations qui produisent des accords et des conventions collectives de travail d'entreprise, qui vont s'appliquer à l'ensemble des travailleurs de l'organisation, qu'ils soient affiliés ou non.

Les représentants des travailleurs ont le rôle d'interpeller la direction, de relayer les réalités de terrain et la manière dont le service est géré, et de donner un avis. De plus, ceux qui y siègent, ne sont pas forcément les mêmes au CE et au CPPT, car les prérogatives discutées sont distinctes en fonction de l'organe et donc éloignées l'une de l'autre : respectivement celles relatives à l'organisation de travail sont discutées au CE et celles concernant les politiques de bien-être au travail, sont discutées au CPPT. Ceci est d'autant plus complexe quand les problématiques sont intrinsèquement liées, comme notre recherche a pu le démontrer. En effet, dans cette configuration, les enjeux liés à l'organisation du travail dans un contexte socio-politique d'*Ageing in place*, pourraient être abordés et présentés aux représentants des travailleurs siégeant au CE, mais les effets et leur impact sur la santé seraient discutés avec les employeurs et représentants des travailleurs indépendamment des premiers, dans le second autre organe qu'est le CPPT. Cependant, considérant que l'organisation du travail fait partie d'une des grandes catégories des facteurs de risques psychosociaux définis dans le Code belge sur le bien-être au travail, le CPPT pourrait également donner son avis sur ces aspects.

Se pose alors la question de l'organe et des autorités les plus appropriés à interpeller entre le CE et le CPPT en cas de risques professionnels liés à une organisation de travail exigeante ?

Dans ce contexte, la perspective de repenser un modèle de gouvernance fondé sur une participation plus directe à initier aux côtés de ces organes officiels pourrait s'avérer pertinente. En effet, créer des « espaces de réflexion participatifs sur le travail » qui permettent aux travailleuses du care d'analyser les problématiques liées à l'organisation de travail mis en parallèle avec les impacts sur la santé et le bien-être des travailleuses. Ceci rendrait plus cohérente l'identification de pistes de solutions concrètes à essayer de mettre en œuvre en impliquant les responsables hiérarchiques au processus. Dès lors, il nous semble essentielle de ne pas dissocier les discussions et réflexions sur l'organisation de travail dans un organe, et celles relatives aux politiques de bien-être au travail, dans un autre.

Cette démarche participative directe peut être un levier efficace, qui pourrait se renforcer d'une intervention d'un autre niveau, si les propositions d'actions n'aboutissent pas. Le recours aux organes de concertation pourrait alors être impulsé en les invitant à s'appuyer sur le travail d'analyse et de réflexions sur la résolution des problèmes produit par les travailleuses du care dans ces espaces de réflexion participatifs sur le travail. Ce dispositif pourrait servir de support et de vase communicant entre le CE et le CPPT pour faire remonter les demandes aux niveaux supérieurs via leurs relais syndicaux intervenant dans les organes de concertation. Il n'y a donc pas de contradiction ou de concurrence mais une complémentarité entre, d'un côté, un dispositif participatif directe impliquant les travailleuses du care constituant une force de propositions sur la manière de cerner les situations et d'organiser leur activité professionnelle, et de l'autre, un dispositif participatif indirect par les organes de concertation et les organisations syndicales dont le rôle au sein des organisations dans la protection des droits des travailleuses est indiscutable.

Notre recommandation 4 destinée aux fédérations d'employeurs, aux acteurs des organisations et aux organisations syndicales est d'entamer une réflexion approfondie pour articuler la participation directe et volontaire des travailleuses du care et la participation indirecte à travers les organes de concertation classiques.

En effet, recultiver la parole des travailleuses de terrain au sein de l'organisation est indispensable au vu des enjeux identifiés par la thèse. Cette articulation peut se concrétiser à travers la mise en place d'un « **espace de réflexion participatif sur le travail** » inspiré de la théorie des espaces de discussion sur le travail de Detchessahar (2013). Cet espace pourrait être systématisé, institutionnalisé et nourri des discussions qui ont lieu dans les organes des concertations. Il s'agira d'un espace ouvert où les intelligences et savoirs multiples (théoriques, pratiques, organisationnels et expérientiels) se côtoient et se solidarisent pour produire des solutions sur l'organisation de travail, prévenir les risques psychosociaux et ainsi favoriser la santé et le bien-être des travailleuses du care.

2. Perspectives pour les acteurs de terrain

La posture épistémologique de la thèse ancrée dans une approche participative et de promotion de la santé au travail a volontairement été choisie pour avoir des implications pratiques concrètes. En effet, la démarche participative initiée dans deux organisations de l'aide et des soins à domicile ont permis de mettre en évidence des résultats qu'il est nécessaire de communiquer aux acteurs de terrain (fédérations d'employeurs, acteurs des organisations et organisations syndicales) : d'une part la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du care

demeure un défi majeur dans le champ d'activités du *care* à domicile, en raison d'une intensification de l'organisation de travail due au contexte socio-politique pressant de l'*Ageing in place*. D'autre part, la participation aux processus décisionnels des travailleuses du *care* quasi absente dans les organisations, constitue une ressource qui comportent plusieurs bénéfices aux différents acteurs concernés et permettrait d'équilibrer les intérêts de chacun : l'atteinte des objectifs stratégiques des organisations, la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* ainsi que leur engagement au travail, et une meilleure qualité des services favorisant l'autonomie et le bien-être des personnes âgées à domicile.

A travers le processus de thèse, diverses occasions nous ont été offertes pour disséminer les résultats via divers canaux (conférences, colloques, journées d'étude, etc.). Parallèlement à cela, plusieurs demandes nous sont parvenues pour visibiliser davantage le fruit de notre travail doctoral et les conclusions générales. A cet égard, nous envisageons les interventions complémentaires suivantes :

- créer un outil de sensibilisation pour les managers et décideurs du champ d'activités du *care* à domicile comportant les résultats de la recherche, basé sur le modèle d'analyse de santé au travail '*Squeezed Lemon Model*' et comportant les recommandations décrites ci-dessus ;
- sensibiliser les acteurs du champ d'activités du *care* à domicile ainsi que ceux du champ santé-social par des communications en région Wallonne et à Bruxelles, auprès des travailleuses, des directions, des organisations syndicales, des fédérations d'employeurs, des associations, des CPAS et d'autres acteurs de terrain ;
- intervenir dans le cadre de formations organisées par le champ d'activités du *care* à domicile (par exemple via le Fonds social ou les organisations syndicales) et communiquer les résultats, conclusions et recommandations issues de la recherche ;
- communiquer le processus de recherche et ses résultats dans certains cursus d'enseignements supérieurs et universitaires en sciences de la santé publique, sciences infirmières, sciences psychologiques, sciences de la gestion et sciences sociales et politiques.

3. Perspectives en termes de recherche scientifique

Afin de permettre à des scientifiques intéressés par notre sujet de recherche doctorale d'approfondir le travail issu de nos résultats, quelques propositions de recherches futures sont mentionnées dans les articles scientifiques des trois études. En vue d'enrichir ces propositions, nous suggérons ci-dessous deux autres recommandations en termes de recherche scientifique.

3.1 Recommandation 5 : Tester les hypothèses de notre modèle d'analyse de santé au travail '*Squeezed Lemon Model*' en complément au *JD-R Model*

Notre thèse a contribué à la littérature scientifique en santé au travail en proposant le modèle d'analyse '*Squeezed Lemon Model*'. Celui-ci apporte une pierre supplémentaire à l'édifice des grands modèles théoriques que sont le *JD-CS* de Karasek et Theorell et le *JD-R* de Bakker & Demerouti, en intégrant la dimension de la « participation », très peu étudiée dans la littérature en santé publique et santé au travail.

Afin de tendre à plus de robustesse et de validité scientifique, ce modèle d'analyse nécessite d'être testé dans d'autres études scientifiques dans le champ d'activités du *care* à domicile mais également dans le champ d'activités médico-psycho-sociales qui rencontre des enjeux analogues mais spécifiques au contexte qui leur est propre.

Notre recommandation 5 invite les chercheurs scientifiques à exploiter certaines hypothèses du *Squeezed Lemon Model* et à les tester dans de futures études scientifiques sur la santé au travail par des méthodes quantitatives et/ou qualitatives dans divers types d'activités du *care* et du champ socio-sanitaire, en adaptant le protocole de recherche selon le contexte propre du terrain d'étude.

3.2 Recommandation 6 : Développer davantage de recherches sur la promotion de la santé au travail

Dans la littérature scientifique, la plupart des études qui présentent des résultats de recherche en promotion de la santé au travail ne concerne que des interventions au sein des organisations orientées vers les changements de comportement de santé telles que la promotion de l'activité physique, d'une alimentation saine ou de l'arrêt du tabagisme. Rares sont les études sur la promotion de la santé au travail qui étudient les autres stratégies telles que le renforcement de l'*empowerment* ou la participation des travailleuses aux processus décisionnels sur les plans organisationnels ou stratégiques pour prévenir les risques professionnels.

Notre recommandation 6 propose aux chercheurs scientifiques de réaliser et d'encourager davantage de recherches sur la promotion de la santé au travail en impliquant tous les acteurs concernés par l'enjeu de la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses. Celle-ci peut se concrétiser soit en initiant une étude participative de santé au travail dans une organisation, soit en analysant des processus d'amélioration des conditions de travail à l'œuvre au sein d'organisations ou de services qui déploient cette approche dans le champ d'activités du *care* à domicile mais également dans d'autres activités professionnelles socio-sanitaires.

Conclusion générale

Cette thèse de doctorat s'est consacrée à analyser, par méthodes mixtes et participatives, l'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être des travailleuses du care des personnes âgées à domicile dans un contexte socio-politique pressant d'*Ageing in place*.

Les résultats de notre recherche ont révélé une exacerbation des conditions de travail défavorables dans le champ d'activités du care à domicile et les services d'aide et de soins à domicile en raison d'une intensification de l'organisation de travail générée par des organisations qui doivent répondre à l'impératif de la satisfaction des demandes croissantes de care des personnes âgées et de leurs aidants proches. Ces conditions de travail ont impacté négativement la santé et le bien-être des travailleuses du care, la qualité humaine de la relation de care avec les personnes âgées et ont fragilisé la viabilité des services innovants. De plus, la participation aux processus décisionnels est quasi absente dans ce champ d'activités qu'il s'agisse de décisions relatives à l'organisation du travail, aux stratégies de l'organisation tels que les objectifs de production de services ou d'innovation, et aux tâches discrétionnaires dont la latitude décisionnelle est restreinte.

Nos observations ont mis en évidence d'une part, une tension et un déséquilibre entre le bien-être des bénéficiaires, le bien-être des travailleuses du care et les intérêts stratégiques des organisations, et d'autre part, le rôle bénéfique de la participation aux processus décisionnels des travailleuses du care sur le potentiel de régulation des tensions et sur l'amélioration de leur santé et leur bien-être.

Afin de contribuer à la littérature scientifique à travers ce travail doctoral et proposer des implications pratiques pour les acteurs de terrain et les pouvoirs publics, nous avons élaboré un modèle d'analyse de santé au travail, le *Squeezed Lemon Model*, dont les hypothèses nécessitent d'être testées dans d'autres études scientifiques afin de l'éprouver et le rendre plus robuste. Il entend ainsi contribuer ainsi de manière significative à combler les lacunes dans la littérature scientifique sur la question de la participation aux processus décisionnels dans le domaine de la santé au travail, en particulier dans le champ d'activités du care à domicile et les services d'aide et de soins à domicile.

Ce modèle construit sur base des données empiriques et l'ensemble de nos résultats, ouvre des perspectives intéressantes sur l'analyse de situations professionnelles et sur des recommandations en termes de mise en place de démarches participatives dans les organisations.

Le champ d'activités du care et les services d'aide et de soins à domicile constituent un domaine professionnel en pleine expansion qui se révèle incontournable dans

l'écosystème du *care* pour favoriser l'*Ageing in place* et répondre aux défis du vieillissement de la population, dont une grande partie des personnes âgées aspirent à préserver leur autonomie et à poursuivre leur projet de vie à domicile. Dès lors, la protection de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* à domicile représente un enjeu de santé publique prioritaire qui doit être reconsidéré à sa juste valeur pour renforcer et revaloriser une catégorie professionnelle très engagée dans le *care* des personnes âgées. Il est donc crucial de mettre en place des politiques publiques de prévention des risques psychosociaux, d'amélioration des conditions de travail dans ce champ d'activités et de développement de processus de travail qui favorisent la participation aux prises de décision des travailleuses du *care*.

Références bibliographiques

Liste des 227 références bibliographiques mobilisées à travers l'ensemble de cette thèse :

- Adekpedjou, R., Stacey, D., Brière, N., Freitas, A., Garvelink, M. M., Turcotte, S., Menear, M., Bourassa, H., Fraser, K., Durand, P. J., Dumont, S., Roy, L., & Légaré, F. (2018). "Please listen to me" : A cross-sectional study of experiences of seniors and their caregivers making housing decisions. *PLOS ONE*, 13(8), e0202975. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202975>
- Aide et Soins à domicile. (2021). *Publish Online*. Disponible en ligne sur le lien URL : <https://indd.adobe.com/view/7201a23e-21e2-4db2-ae41-4698195bbccc>
- Anadón, M. (2007). *Recherche participative: Multiples regards* (1^{re} éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph9tc>
- Andersen, G. R., & Westgaard, R. H. (2013). Understanding significant processes during work environment interventions to alleviate time pressure and associated sick leave of home care workers – a case study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 477. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-477>
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. (2005). The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness*, 27(2), 161-187. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00438.x>
- Anthony, M. K. (2004). Shared governance models: The theory, practice, and evidence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(1), 7.
- Appelbaum, E., & Batt, R. (1994). *The New American Workplace: Transforming Work Systems in the United States*. Cornell University Press. <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctv3s8m87>
- Ashley, A., Butler, S. S., & Fishwick, N. (2010). Home care aides' voices from the field: Job experiences of personal support specialists. *Home Healthcare Nurse*, 28(7), 399-405. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e3181e325eb>
- Assander, S., Bergström, A., Olt, H., Guidetti, S., & Boström, A.-M. (2022). Individual and organisational factors in the psychosocial work environment are associated with home care staffs' job strain: A Swedish cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1418. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08699-4>
- Avelino, F., Wittmayer, J. M., Pel, B., Weaver, P., Dumitru, A., Haxeltine, A., Kemp, R., Jørgensen, M. S., Bauler, T., Ruijsink, S., & O'Riordan, T. (2019). Transformative social

innovation and (dis)empowerment. *Technological Forecasting and Social Change*, 145, 195-206. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.05.002>

- AVIQ. (2022). *Liste des Services agréés d'Aide aux Familles et aux Aînés (SAFA)*. AVIQ. Disponible en ligne sur l'adresse URL : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aide-aux-familles-et-aux-aines-safa>
- AVIQ, Massin, E., Perin, E., Rosette, A., Majewski, N., & Van Weynendaele, A. (2021). *Stratégie wallonne pour des parcours de vie intégrés des personnes en perte d'autonomie* [Rapport final].
- Avril, C. (2006). Le travail des aides à domicile pour personnes âgées: Contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*, 216(3), 87-99. <https://doi.org/10.3917/lms.216.0087>
- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: Principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328 <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2003). A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16-38. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16>
- Ballara, K., & Lamargue, S. (2019). *Etude préliminaire. Les métiers de l'aide à domicile. Validée par la Chambre des Métiers le 05/04/2019*. Service Francophone des Métiers et des Qualifications. SFMQ. <https://sfmq.cfwb.be/>
- Bednarz, N., Desgagné, S., Maheux, J.-F., & Zajc, L. S. (2012). La mise au jour d'un contrat réflexif comme régulateur de démarches de recherche participative: Le cas d'une recherche-action et d'une recherche collaborative. *Recherches en éducation*, 14, Article 14. <https://doi.org/10.4000/ree.5894>
- Belot, C., Dalla Valle, C., Hindlet, E., Quintin, C., Lelupe, A., Marchal, J., Naveaux, F., Roelandt, C., Vander Stucken, N., & Watelet, W. (2018). *Evolutions clés sectorielles et effets sur les métiers: Une synthèse*. Le Forem Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi.

- Bensliman, R., Callorda Fossati, E., Casini, A., Degavre, F., Gérard, B., Macq, J., Mahieu, C., Nyssens, M., & Schmitz, O. (2016). Les innovations sociales dans l'accompagnement à domicile en Wallonie : 2e rapport scientifique de la recherche WISDOM.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Bigonnesse, C., & Chaudhury, H. (2022). Ageing in place processes in the neighbourhood environment: A proposed conceptual framework from a capability approach. *European Journal of Ageing*, 19(1), 63-74. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00599-y>
- Bingen, A., Vanroelen, C., Trionfetti, M., De Moortel, D., & Bosmans, K. (2017). *Faciliter le transfert des résultats de la recherche en prévention et promotion de la santé au travail. Partage de connaissances entre acteurs de la recherche, du travail et de la santé.* Fondation Roi Baudouin. Disponible en ligne sur l'adresse URL : <https://kbs-frb.be/fr/faciliter-le-transfert-des-resultats-de-la-recherche-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-au>
- Bjerregaard, K., Haslam, S. A., Morton, T., & Ryan, M. K. (2015). Social and relational identification as determinants of care workers' motivation and well-being. *Frontiers in Psychology*, 6, 1460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01460>
- Boivin, L. (2016). 'Just-in-Time' Labour: The Case of Networks Providing Home Support Services in Quebec. *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, 32(3).
- Bonamy, P., Desert, M., Frighi, S., Monzérian, C., Montfort, M., Vernazobre, I., & Marchand, P. (2012). Les freins à la bientraitance dans l'aide à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 116(4), 66-72. <https://doi.org/10.3917/vst.116.0066>
- Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile: Travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 73-85. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.85>
- Borgiel, K., Latortue, X., Minel, S., & Merlo, C. (2013, juillet). Holistic approach to management of innovation : A home care case study. *CONFERE*. <https://hal.science/hal-01015818>
- Borzaga, C., & Tortia, E. (2006). Worker Motivations, Job Satisfaction, and Loyalty in Public and Nonprofit Social Services. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35(2), 225-248. <https://doi.org/10.1177/0899764006287207>
- Borzeix, A., Charles, J., & Zimmermann, B. (2015). Réinventer le travail par la participation. Actualité nouvelle d'un vieux débat. *Sociologie du travail*, 57(1), Article 1.

<https://doi.org/10.4000/sdt.1770>

- Bourguignon, M., Eggerickx, T., Sanderson, J., & Dal, L. (2017). Le vieillissement de la population des communes de Wallonie. In *Publication : Le bien vieillir en Wallonie : Enjeux et prospective* (1ere éd., p. 63-87). Presses Universitaires de Namur. <https://uclouvain.be/fr/chercher/cirfase/actualites/le-bien-vieillir-en-wallonie-enjeux-et-prospective.html>
- Bowling, N. A., Alarcon, G. M., Bragg, C. B., & Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & Stress*, 29(2), 95-113. <https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1033037>
- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The key job demands and resources of nursing staff: An integrative review of reviews. *Frontiers in Psychology*, 11, 84.
- Brolis, O., & Angel, V. (2015). Workers' motivations and managerial practices in not-for-profit social enterprises. *EMES Conferences Selected Papers series*.
- Brolis, O., & Nyssens, M. (2015). La qualité des emplois peu qualifiés dans l'ESS : La mission de l'entreprise fait-elle la différence? *Economies et Societes. Serie AB. Economie du Travail*, 1047.
- Brown, K., & Korczynski, M. (2010). When Caring and Surveillance Technology Meet : Organizational Commitment and Discretionary Effort in Home Care Work. *Work and Occupations*, 37(3), 404-432. <https://doi.org/10.1177/0730888410373875>
- Brulin, C., Winkvist, A., & Langendoen, S. (2000). Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 181-189. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01209.x>
- Bryson, A., Dale-Olsen, H., & Barth, E. (2009). *How does innovation affect worker well-being ?* (953). Centre of Economic Performance.
- Bureau fédéral du Plan - Direction Générale des Statistiques - Statistics Belgium, & Conseil supérieur des finances. (2023). *Conseil supérieur des finances. Comité d'étude sur le vieillissement. Rapport annuel*. Disponible sur l'adresse URL : https://www.plan.be/uploaded/documents/202307110905350.REP_CEVSCVV2023_12855_F.pdf
- Callorda Fossati, E., Bensliman, R., Degavre, F., Casini, A., & Schmitz, O. (2017). Identifier et sélectionner des cas d'innovation sociale. Les apports de la méthode Delphi à l'élaboration d'un terrain empirique dans le champ l'accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In A. Vandenhooft & S. Carbonnelle (Éds.), *Vieillesse et entraide : Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux?* Presses Universitaires de Namur. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:183504>

- Callorda Fossati, E., Degavre, F., Bensliman, R., Mahieu, C., Casini, A., Schmitz, O., MAcq, J., Gérard, B., & Nyssens, M. (2015). Les innovations sociales dans le maintien à domicile des séniors et l'habitat adapté en Wallonie. Application de la méthode Delphi à l'identification et la sélection des innovations sociales en vue d'une étude multi-cas. 1er rapport scientifique de la recherche WISDOM.
- Cangiano, A. (2014). Elder Care and Migrant Labor in Europe : A Demographic Outlook. *Population and Development Review*, 40(1), 131-154.
- Carbonnelle, S. (2017). L'entraide envers les aînés. Un écart entre conceptions professionnelles et familiales. In *Vieillesse et entraide. Quelles méthodes pour décrire et mesurer les enjeux ?* Presses universitaires de Namur.
- Carrel, M. (2017). Injonction participative ou empowerment? Les enjeux de la participation. *Vie sociale*, 19(3), 27-34. <https://doi.org/10.3917/vsoc.173.0027>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Casini, A., Bensliman, R., Callorda Fossati, E., Degavre, F., & Mahieu, C. (2018). Is Social Innovation Fostering Satisfaction and Well-Being at Work? Insights from Employment in Social Enterprises Providing Long-Term Eldercare Services. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29(6), 1244-1260. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-0001-3>
- Chan, E. Y. Y., Gobat, N., Kim, J. H., Newnham, E. A., Huang, Z., Hung, H., Dubois, C., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y., & Wong, S. Y. S. (2020). Informal home care providers : The forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 395(10242), 1957-1959. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31254-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31254-X)
- Chaniel, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. *Revue du MAUSS*, 35(1), 135-150. <https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>
- Charles, J., & Thévenot, L. (2016). *La participation en actes : Entreprise, ville, association*. Desclée De Brouwer.
- Château Terrisse, P., Codello, P., Béji-Bécheur, A., Jougleux, M., Chevrier, S., & Vandangeon-Derumez, I. (2016). Réflexivité et éthique du chercheur dans la conduite d'une recherche-intervention. *La Revue des Sciences de Gestion*, 277(1), 45-56. <https://doi.org/10.3917/rsg.277.0045>
- Chevalier, F., & Trepo, G. (1986). *Cercle de qualité : Une intégration problématique dans la gestion de l'entreprise*. 60, 34-44.

- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X., & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces—international settings development. *Health promotion international*, 15(2), 155-167.
- Cloutier, E., & Daele, A. V. (2011). Prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile—Expérience croisée de bonnes pratiques organisationnelles. *IRST*.
- CNE. (2020). *Les conquêtes du non marchand dans le secteur de l'aide à domicile en Région wallonne*. www.lacsc.be/cne
- Conjard, P., & Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de réflexion participatifs sur le travail pour manager le travail. *Management & Avenir*, 63(5), 81. <https://doi.org/10.3917/mav.063.0081>
- Conradson, D. (2003). Geographies of care: Spaces, practices, experiences. *Social & Cultural Geography*, 4(4), 451-454.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2021). *Quelle place pour les personnes peu diplômées sur le marché du travail en Belgique?* (p. 172).
- Cotton, J. (1993). *Employee involvement: Methods for improving performance and work attitudes*. Sage Publications, Inc.
- Coupaud, M. (2017). Determinants of health at work in the EU15: Elaboration of synthetic indicators of working conditions and their impacts on the physical and mental health of workers. *International Journal of Manpower*, 38(1), 93-126. <https://doi.org/10.1108/IJM-02-2016-0040>
- Cox, A., Zagelmeyer, S., & Marchington, M. (2006). Embedding employee involvement and participation at work. *Human Resource Management Journal*, 16(3), 250-267. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2006.00017.x>
- Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier: Le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 23(3), 26-41. <https://doi.org/10.3917/nqf.233.0026>
- CSD Solidaris Reseau. (2021). *Rapport annuel de la CSD Liège*. Centrale de Services à Domicile. Disponible sur l'adresse URL : https://www.csdliege.be/sites/default/files/2021_RA%20CSD_BAT%20Num%C3%A9rique.pdf
- D'Arripe, A., Delhaye, P., & Janson, V. (2022). De l'expérience de la participation aux savoirs constitués: Forces et limites de la méthode d'analyse en groupe. *Recherches qualitatives*, 41(2), 52-75. <https://doi.org/10.7202/1092818ar>
- Davin, B., Joutard, X., Moatti, J.-P., Paraponaris, A., & Verger, P. (2006). Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile: Une approche à partir de

l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » 1. *Sciences sociales et santé*, 24(3), 59-93. <https://doi.org/10.3917/sss.243.0059>

- Day, A., Crown, S. N., & Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout: The moderating effects of support and job control. *Safety Science*, 100, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.03.004>
- de Almeida Mello, J., Declercq, A., Cès, S., Van Durme, T., Van Audenhove, C., & Macq, J. (2016). Exploring Home Care Interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2251-2256. <https://doi.org/10.1111/jgs.14410>
- Degavre, F., & Nyssens, M. (2012). *Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy* (UCL-Université Catholique de Louvain). Article UCL-Université Catholique de Louvain. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:112096>
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L., & Griffin-Blake, C. S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 139-165. <https://doi.org/10.1348/096317908X398773>
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Presses universitaires du Septentrion. <https://journals.openedition.org/lectures/701>
- de Nanteuil-Miribel, M. (2005). La flexibilité est-elle un choix rationnel? In *La société flexible* (p. 51-78). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.nante.2005.01.0051>
- Denton, M. A., Zeytinoglu, I. U., & Davies, S. (2002). Working in clients' homes: The impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. *Home Health Care Services Quarterly*, 21(1), 1-27. https://doi.org/10.1300/J027v21n01_01
- Denton, M., Zeytinoglu, I. U., & Davies, S. (2003). Organizational Change and the Health and Well-Being of Home Care Workers. *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers*, 110, Article 110. <https://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/110.html>
- Denton, M., Zeytinoglu, I. U., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 32(2), 327-357. <https://doi.org/10.2190/VYN8-6NKY-RKUM-L0XW>
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux: Quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19(1), 57-80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>

- Devaro, J., & Brookshire, D. (2007). Promotions and Incentives in Nonprofit and For-Profit Organizations. *Industrial and Labor Relations Review*, 60, 311-339.
- Devetter, F.-X., & Messaoudi, D. (2013). Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : Conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*, 78(3), 51. <https://doi.org/10.3917/rdli.078.0051>
- Devetter, F.-X., Messaoudi, D., & Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail : Les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 244-268. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0244>
- Devetter, F.-X., & Puissant, E. (2018). Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les services à la personne. Une analyse centrée sur les aides à domicile. *Travail et emploi*, 155-156(3-4), 31-64. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.8826>
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system – Report 2019—KCE* (KCE Reports 313; Health Services Research (HSR), p. 117). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-%E2%80%93-report-2019>
- Doniol-Shaw, G., & Lada, E. (2011). Work schedules of home care workers for the elderly in France : Fragmented work, deteriorating quality of care, detrimental health impact. *Work*, 40, S31-S46. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1266>
- Dorssemont, F., & Lamine, A. (2019). La participation des travailleurs au niveau de l'entreprise et de la société en droit belge. *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.4000/rdctss.1603>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Drieskens, S., Renard, F., & Berete, F. (2020). *Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile* [Text]. Sciensano. www.enquetesante.be
- Dryon, P., & Krzeslo, E. (2003). Les relations collectives dans le secteur non marchand. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1795(10), 1-51. <https://doi.org/10.3917/cris.1795.0005>
- Dury, S., De Roeck, E., Duppen, D., Fret, B., Hoeyberghs, L., Lambotte, D., ... Dierckx, E. (2017). Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people : Focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1031-1039. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1193120>
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : Enquêtes sur les services à domicile*.

- Dussuet, A. (2013). Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. *La Revue de l'Ires*, 78(3), 77-97. <https://doi.org/10.3917/rdli.078.0077>
- Dyck, I., Kontos, P., Angus, J., & McKeever, P. (2005). The home as a site for long-term care : Meanings and management of bodies and spaces. *Health & Place*, 11(2), 173-185. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.06.001>
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 945-954. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054965>
- ENWHP. (2007). *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion*. European Network Workplace Health Promotion.
- ENWHP (2018). Good practices in Workplace Health Promotion. Models of Good practice from companies of different sectors and size. Disponible en ligne sur l'adresse URL : <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.good-practices>
- Erlandsson, S., & Szebehely, M. (2023). Care work in different arenas: Working conditions in Swedish eldercare and disability services. *International Journal of Social Welfare*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/ijsw.12621>
- Eurofound, Gaude, L. B., Cabrita, J., Eiffe, F., Gerstenberger, B., Ivaškait, V., Parent-Thirion, A., Peruffo, E., Weber, T., & White, C. (2022). *Working conditions in the time of COVID-19: Implications for the future. European Working Conditions Telephone Survey 2021 series*. Publications Office of the European Union.
- European Commission - Eurostat, & Statistic Eurostat. (2021). *Population: Structure indicators*.
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36(3), 586-612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>
- Fleming, G., & Taylor, B. J. (2007). Battle on the home care front : Perceptions of home care workers of factors influencing staff retention in Northern Ireland. *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 67-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00666.x>
- Flohimont, V., Lambert, C., Berrewaerts, J., Zaghdane, S., Desseilles, M., & Fuzfa, A. (2013). *Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale* (p. 44). SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/publications/FR/RPS_Guide_pr%C3%A9vention_FR_2020.pdf

- Franzosa, E., Tsui, E. K., & Baron, S. (2019). « Who's Caring for Us? » : Understanding and Addressing the Effects of Emotional Labor on Home Health Aides' Well-being. *The Gerontologist*, 59(6), 1055-1064. <https://doi.org/10.1093/geront/gny099>
- Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., Switsers, L., Hoens, S., Van Regenmortel, S., & Verté, D. (2019). Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium : A qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e43. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000100>
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*. *J. Organiz. Behav*, 26, 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gallie, D., Zhou, Y., & Eurofound. (2013). *Work organisation and employee involvement in Europe*. <https://policycommons.net/artifacts/1827128/work-organisation-and-employee-involvement-in-europe/2567596/>
- Gardin, L., Nyssens, M., & Minguzzi, P. (2010). Les quasi-marchés dans l'aide à domicile : Une Mise en perspective européenne. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4), 509-536. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2010.00420.x>
- Gebhard, D., & Herz, M. (2023). How to Address the Health of Home Care Workers : A Systematic Review of the Last Two Decades. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 42(4), 689-703. <https://doi.org/10.1177/07334648221141084>
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2013). *Home care across Europe. Case studies. Volume II: Home care country-by-country*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- George, E., Hale, L., & Angelo, J. (2017). Valuing the health of the support worker in the aged care sector. *Ageing and Society*, 37(5), 1006-1024. Scopus. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000131>
- Getz, I. (2009). Liberating Leadership : How the Initiative-Freeing Radical Organizational Form Has Been Successfully Adopted. SSRN Scholarly Paper 1860805. <https://papers.ssrn.com/abstract=1860805>
- Ghiga, I., Pitchforth, E., Lepetit, L., Miani, C., Ali, G.-C., & Meads, C. (2020). The effectiveness of community-based social innovations for healthy ageing in middle- and high-income countries : A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(3), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1355819619888244>
- Gilbert, P., Teglborg, A.-C., & Raulet-Croset, N. (2017). L'entreprise libérée, innovation

radicale ou simple avatar du management participatif ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 127(1), 38-49. <https://doi.org/10.3917/geco1.127.0038>

- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Flammarion.
- Godwyn, M., & Gittell, J. H. (2011). *Sociology of Organizations: Structures and Relationships*. SAGE Publications.
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-606. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1870>
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé* (p. 223). Disponible en ligne sur l'adresse URL : <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=24269292>
- Gouvernement de la Région Wallonne. (2019). *Déclaration de politique Wallonie 2019-2024* (p. 122). Gouvernement Wallon. Disponible en ligne sur l'adresse URL : https://www.wallonie.be/sites/default/files/2019-09/declaration_politique_regionale_2019-2024.pdf
- Grant, A. M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of applied psychology*, 93(1), 48.
- Grasmø, S. G., Liaset, I. F., & Redzovic, S. E. (2021). Home care workers' experiences of work conditions related to their occupational health: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 962. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06941-z>
- Gray, B. H. G., Sarnak, D. O. S., & Burgers, J. S. B. (2015). *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. Commonwealth Fund. <https://doi.org/10.15868/socialsector.25117>
- Grosjean, V., & Ribert-Van De Weerd, C. (2005). Vers une psychologie ergonomique du bien-être et des émotions: Les effets du contrôle dans les centres d'appels. *Le travail humain*, 68(4), 355. <https://doi.org/10.3917/th.684.0355>
- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: Enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>
- Guidetti, G., Converso, D., Loera, B., & Viotti, S. (2018). Concerns about change and employee wellbeing: The moderating role of social support. *Journal of Workplace Learning*, 30(3), 216-228. <https://doi.org/10.1108/JWL-09-2017-0083>
- Harrad, R. & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing

and residential home care workers for the elderly. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(Suppl 7), 60.

- Hartmann, H., & Hayes, J. (2017). The Growing Need for Home Care Workers: Improving a Low-Paid, Female-Dominated Occupation and the Conditions of its Immigrant Workers. *Public Policy & Aging Report*, 27(3), 88-95. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx017>
- Hegedüs, A., Schürch, A., & Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100061>
- Heinze, R. G., & Naegele, G. (2012). Social Innovations in Ageing Societies. In H.-W. Franz, J. Hochgerner, & J. Howaldt (Éds.), *Challenge Social Innovation: Potentials for Business, Social Entrepreneurship, Welfare and Civil Society* (p. 153-167). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-32879-4_10
- Heller, F. A., & Yukl, G. (1969). Participation, managerial decision-making, and situational variables. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(3), 227-241. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90007-5](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90007-5)
- Heron, J., & Reason, P. (1997). A Participatory Inquiry Paradigm. *Qualitative Inquiry*, 3(3), 274-294. <https://doi.org/10.1177/107780049700300302>
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19. <https://doi.org/10.3917/trav.009.0019>
- Ilima, I. I., Belghiti-Mahut, S., & Briole, A. (2014). Une qualité d'emploi mitigée: Qu'est-ce qui motive les aides à domicile? *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, 51, Article 51. <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.2134>
- Interfédé. (2015). *Référentiels de compétences transversales préparatoires aux métiers de services aux personnes* (Les cahiers de l'Interfédé.).
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>
- Jootun, D., McGhee, G., & Marland, G. R. (2009). Reflexivity: Promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 23(23), 42-46. <https://doi.org/10.7748/ns2009.02.23.23.42.c6800>
- Kalleberg, A. L., Nesheim, T., & Olsen, K. M. (2009). Is participation good or bad for workers? Effects of autonomy, consultation and teamwork on stress among workers in Norway. *Acta Sociologica*, 52(2), 99-116. <https://doi.org/10.1177/0001699309103999>

- Karasek, R. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic books,.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kim, I.-H., Geiger-Brown, J., Trinkoff, A., & Muntaner, C. (2010). Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health & Social Care in the Community*, 18(5), 445-455. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00916.x>
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., ... IPD-Work Consortium. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet (London, England)*, 386(10005), 1739-1746. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., ... IPD-Work Consortium. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet (London, England)*, 380(9852), 1491-1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)
- Kontis, V., Bennett, J. E., Mathers, C. D., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: Projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet (London, England)*, 389(10076), 1323-1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9)
- Kortum, E. (2014). The WHO Healthy Workplace Model. In *Contemporary Occupational Health Psychology* (p. 149-164). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118713860.ch10>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40-44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Kvist, E. (2012). Changing social organizations of care: A comparison of European policy reforms encouraging paid domestic work. *European Journal of Ageing*, 9(2), 111-117. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0225-9>
- Lada, E. (2011). Les recompositions du travail d'aide à domicile en France. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 115, Article 115. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3410>

- Laloux, F. (2015). *Reinventing Organizations : Vers des communautés de travail inspirées*. Diateino.
- Lanfranchi, J., & Narcy, M. (2008). Différence de satisfaction dans l'emploi entre secteurs à but lucratif et à but non lucratif : Le rôle joué par les caractéristiques d'emploi. *Annals of Public and Cooperative Economics*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2008.00361.x>
- Larsson, A., Karlqvist, L., Westerberg, M., & Gard, G. (2013). Perceptions of health and risk management among home care workers in Sweden. *Physical Therapy Reviews: PTR*, 18(5), 336-343. <https://doi.org/10.1179/108331913X13746741513153>
- Laville, J. (1990). *La participation dans les entreprises en Europe* (Vuibert).
- Leask, C. F., Bell, J., & Murray, F. (2020). Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health*, 179, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.011>
- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model : A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76-103. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Lier, L. M., Breuer, C., & Dallmeyer, S. (2019). Organizational-level determinants of participation in workplace health promotion programs : A cross-company study. *BMC Public Health*, 19(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6578-7>
- Liverpool, P. R. (1990). Employee participation in decision-making : An analysis of the perceptions of members and nonmembers of quality circles. *Journal of Business and Psychology*, 4(4), 411-422. <https://doi.org/10.1007/BF01013604>
- Lundberg, G., & Gerdle, B. (2017). Musculoskeletal signs in female homecare personnel : A longitudinal epidemiological study. *Work (Reading, Mass.)*, 58(2), 135-147. <https://doi.org/10.3233/WOR-172609>
- Lyet, P., Gillet, A., Moine, A., Petit, S., Ponthier, N., Sturla-Bordet, P., Tremblay, D.-G., Vinay, A., & Zander, C. (2015). *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance. Les chercheurs ignorants*. Presses de l'EHESP. <https://hal.inrae.fr/hal-02800805>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., & Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet (London, England)*, 380(9846), 1011-1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Marmot, M., & Bell, R. (2010). Challenging health inequalities—Implications for the workplace. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(3), 162-164. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq008>

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet (London, England)*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Martin, D. (1989). *Participation et changement social dans l'entreprise*. L'Harmattan.
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Comisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J., & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers : A scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- Meggeneder, O. (2007). Style of management and the relevance for workplace health promotion in small and medium sized enterprises. *Journal of Public Health*, 15(2), 101-107. <https://doi.org/10.1007/s10389-006-0088-7>
- Melon, L., & Bingen, A. (2020). *Des recherches à l'action en santé au travail : Etudes de cas sur les risques psycho-sociaux et les troubles musculo-squelettiques dans les secteurs des titres-services et du travail social*. Fondation Roi Baudouin.
- Montgomery, A., van der Doef, M., Panagopoulou, E., & Leiter, M. P. (Eds.). (2020). *Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change: the triple challenge*. Springer International Publishing.
- Molinier, P. (2011). Le care à l'épreuve du travail : Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In S. Laugier & P. Paperman (Éds.), *Le souci des autres : Éthique et politique du care* (p. 339-357). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.11722>
- Muller, M., & Mairiaux, P. (2008). Promotion de la santé en milieu de travail : Modèles et pratiques. *Santé Publique*, 20(hs), 161-169. <https://doi.org/10.3917/spub.080.0161>
- Muramatsu, N., Sokas, R. K., Lukyanova, V. V., & Zanoni, J. (2019). Perceived Stress and Health among Home Care Aides : Caring for Older Clients in a Medicaid-Funded Home Care Program. *Journal of health care for the poor and underserved*, 30(2), 721-738. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0052>
- Muramatsu, N., Yin, L., & Lin, T.-T. (2017). Building Health Promotion into the Job of Home Care Aides : Transformation of the Workplace Health Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 384. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040384>
- Noblet, A., & LaMontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health promotion international*, 21(4), 346-353.

- Nyssens, M., & Gilain, B. (2001). Les services d'aide à domicile aux personnes âgées en Belgique. In *Les services sociaux entre associations, Etat et marché, l'aide aux personnes âgées* (La Découverte).
- Olmos-Vega, F. M., Stalmeijer, R. E., Varpio, L., & Kahlke, R. (2022). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>
- Organisation mondiale de la Santé, & Organisation internationale du Travail. (2021). *Prendre soin des soignants : Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé : note d'orientation*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340699>
- Pacheco, G., & Webber, D. (2016). Job satisfaction : How crucial is participative decision making? *Personnel Review*, 45(1), 183-200. <https://doi.org/10.1108/PR-04-2014-0088>
- Pani-Harreman, K. E., Bours, G. J. J. W., Zander, I., Kempen, G. I. J. M., & Duren, J. M. A. van. (2021). Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': A scoping review. *Ageing & Society*, 41(9), 2026-2059. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>
- Peña-Casas, R., Ghailani, D., & Coster, S. (2018). *The Impact of Digitalisation on Job Quality In European Public Services: The Case of Homecare and Employment Service Workers*. (p. 41). European Social Observatory, European Public Service Union.
- Peters, E., & Lebegge, S. (2013). *L'aide et les soins à domicile: Le défi de l'interdisciplinarité*. 64, 39-44.
- Peters, S., Dennerlein, J. T., Wagner, G. R., & Sorensen, G. (2022). Work and worker health in the post-pandemic world: A public health perspective. *The Lancet. Public Health*, 7(2), e188-e194. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00259-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00259-0)
- Puissant, E. (2011). Le rôle ambivalent des associations d'aide à domicile dans la professionnalisation des emplois et des salariées. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 115, Article 115. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3431>
- Quinn, M. M., Markkanen, P. K., Galligan, C. J., Sama, S. R., Lindberg, J. E., & Edwards, M. F. (2021). Healthy Aging Requires a Healthy Home Care Workforce: The Occupational Safety and Health of Home Care Aides. *Current Environmental Health Reports*, 8(3), 235-244. <https://doi.org/10.1007/s40572-021-00315-7>
- Reason, P. (1994). *Participation in human inquiry* (p. ix, 220). Sage Publications, Inc.
- Renaud, L. (2020). Modélisation du processus de la recherche participative. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 30, Article 30. <https://doi.org/10.4000/communiquer.7437>

- Rest, K. M. (1996). Worker participation in occupational health programs : Establishing a central role. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 44(5), 221-225; discussion 226-227.
- Rey, J. (1991). *Le contrôle de gestion des services publics communaux* (Dunod).
- Ribault, T. (2008). Aide à domicile : De l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue Française de Socio-Économie*, 2(2), 99-117. <https://doi.org/10.3917/rfse.002.0099>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2013). *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rojo Perez, F., Fernandez-Mayoralas Fernandez, G., Pozo Rivera, E., & Manuel Rojo Abuin, J. (2001). Ageing in Place : Predictors of the Residential Satisfaction of Elderly. *Social Indicators Research*, 54(2), 173-208. <https://doi.org/10.1023/A:1010852607362>
- Roy, M., & Prévost, P. (2013). La recherche-action : Origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129. <https://doi.org/10.7202/1084625ar>
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 896. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Sainsaulieu, R., Tixier, P., & Marty, M. (1982). *La démocratie en organisation. Vers des fonctionnements collectifs de travail*. (FeniXX, Vol. 27). Persée - Portail des revues scientifiques en SHS. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2296
- Sayin, F. K., Denton, M., Brookman, C., Davies, S., Chowhan, J., & Zeytinoglu, I. U. (2021). The role of work intensification in intention to stay : A study of personal support workers in home and community care in Ontario, Canada. *Economic and Industrial Democracy*, 42(4), 917-936. <https://doi.org/10.1177/0143831X18818325>
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 14(2), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>
- Shotwell, J. L., Wool, E., Kozikowski, A., Pekmezaris, R., Slaboda, J., Norman, G., Rhodes, K., & Smith, K. (2019). "We just get paid for 12 hours a day, but we work 24" : Home health aide restrictions and work related stress. *BMC Health Services Research*, 19(1), 907. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4664-2>
- Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K.-G., Lindholm, L., & Norström, F.

(2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(6), 747-764. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9>

- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9, 679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Spetz, J., Trupin, L., Bates, T., & Coffman, J. M. (2015). Future Demand For Long-Term Care Workers Will Be Influenced By Demographic And Utilization Changes. *Health Affairs (Project Hope)*, 34(6), 936-945. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0005>
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2007). Stratégies SOBANE et guide de dépistage DEPARIS. Série Stratégie SOBANE. Gestion des risques professionnels. SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. Direction générale Humanisation du travail.
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2008). *Guide concertation Déparis. Aide à domicile*. (Série Stratégie Sobane).
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2017). *Code du bien-être au travail | Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*. Disponible sur le lien URL : <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/principes-generaux/code-du-bien-etre-au-travail>
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2022). *Plan d'action national pour améliorer le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail 2022—2027*. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (p. 24). Disponible sur le lien URL : <https://emploi.belgique.be/fr/publications/plan-daction-national-pour-ameliorer-le-bien-etre-des-travailleurs-lors-de-lexecution>
- StatBel, La Belgique en chiffres. Direction générale Statistique et Information économique. (2011). Nace BEL. Nomenclature d'activités. Disponible sur le lien URL : <https://statbel.fgov.be/fr/propos-de-statbel/methodologie/classifications/nace-bel-2008>
- Statbel, La Belgique en chiffres. (2019) *Les professions en Belgique. Enquête sur les forces de travail 2019*. Disponible sur le lien URL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/les-professions-en-belgique#figures>
- Sterling, M. R., Tseng, E., Poon, A., Cho, J., Avgar, A. C., Kern, L. M., Ankuda, C. K., & Dell, N. (2020). Experiences of Home Health Care Workers in New York City During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Qualitative Analysis. *JAMA Internal Medicine*, 180(11), 1453-1459. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3930>
- Stiehl, E., Shivaprakash, N., Thatcher, E., Ornelas, I. J., Kneipp, S., Baron, S. L., &

- Muramatsu, N. (2018). Worksite Health Promotion for Low-wage Workers: A Scoping Literature Review. *American journal of health promotion: AJHP*, 32(2), 359-373. <https://doi.org/10.1177/0890117117728607>
- Strandell, R. (2020). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 137-147. <https://doi.org/10.1111/hsc.12848>
 - Strandell, R. (2023). 'It's always a battle against time'. Experiencing and handling temporal conditions in homecare work. *International Journal of Social Welfare*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijsw.12559>
 - Taris, T. W., & Schreurs, P. J. G. (2009). Explaining worker strain and learning: How important are emotional job demands? *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(3), 245-262. <https://doi.org/10.1080/10615800802460401>
 - Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (p. 3-50). SAGE.
 - Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32(2), 243-265. <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>
 - Turnpenny, A., & Hussein, S. (2022). Migrant Home Care Workers in the UK: A Scoping Review of Outcomes and Sustainability and Implications in the Context of Brexit. *Journal of International Migration and Integration*, 23(1), 23-42. <https://doi.org/10.1007/s12134-021-00807-3>
 - Valléry, G., & Leduc, S. (2010). Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées: Compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*, 33 / 135(4), 213-237. <https://doi.org/10.3917/gs.135.0213>
 - Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe: Applications aux phénomènes sociaux*. Dunod.
 - Van Daele, A., Lorraine, L., & Letont, V. (2006). *Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête PROXIMA*. Direction générale Humanisation du travail.
 - Van den Bosch, K., Willéme, P., Geerts, J., Breda, J., Peeters, S., Van Den Sande, S., Vrijens, F., Van de Voorde, C., & Stordeur, S. (2011). *Residential care for older persons in Belgium: Projections 2011 – 2025. Health Services Research (HSR)*. (KCE Reports 167B. D/2011/10.273/64). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). [/en/residential-care-for-older-persons-in-belgium-projections-2011-%E2%80%93-2025](https://www.kce.fgov.be/en/residential-care-for-older-persons-in-belgium-projections-2011-%E2%80%93-2025)

- Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). La méthode d'analyse en groupe : Explication, applications et implications d'un nouveau dispositif de recherche. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.2968>
- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., & Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542-556. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004>
- van Niekerk, L., Manderson, L., & Balabanova, D. (2021). The application of social innovation in healthcare : A scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00794-8>
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., & Pynoos, J. (2011). Aging in Place : Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research*, 2012, e120952. <https://doi.org/10.1155/2012/120952>
- Walker, A., & Zaidi, A. (2019). Strategies of Active Ageing in Europe. In A. Walker (Éd.), *The Future of Ageing in Europe : Making an Asset of Longevity* (p. 29-52). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-13-1417-9_2
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? *Health Evidence Network (HEN) Report, February*, 1-40. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26862>
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2008). The theoretical, historical, and practice roots of CBPR. In *Community-based participatory research for health : Advancing social and health equity* (p. 25-46). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34282.72648>
- Westerberg, K., Hjelte, J., & Josefsson, S. (2017). Understanding eldercare users' views on quality of care and strategies for dealing with problems in Swedish home help services. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 621-629. <https://doi.org/10.1111/hsc.12351>
- WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion, 1986 (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO Centre for Health Development. (2016). *Imagine tomorrow : Report on the 2nd WHO global forum on innovation for ageing populations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205288>
- Wierdsma, P. L. K., A. F. M. (1998). Participative Management. In *A Handbook of Work and Organizational Psychology*. Psychology Press.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of "Aging in Place" to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

- World Health Organization. (2010). *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. (p. 280). World Health Organization.
- World Health Organization, I. L. O. (2022). *Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers* (p. 124). World Health Organization and the International Labour Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040779>
- WHO Regional Office for Europe. (2022). *Health and Care Workforce in Europe: Time to Act*. Copenhagen.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

Liste des publications et des communications scientifiques

Publications dans des revues scientifiques, actes de conférences et ouvrages collectifs avec comité de lecture (spécifiques à la thèse)

1. **Bensliman R.**, Callorda Fossati E., Casini A., Degavre F., Mahieu C. (2022). How local stakeholders' social representations shape the future of ageing in place: Insights from 'health and care social innovations' in Wallonia (Belgium). *Health Soc Care Community*, 30(6), e4211-e4222.
2. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. 'Squeezed like a lemon': A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. (2022). *Health Soc Care Community*, 30(4):e1013-e1024.
3. **Bensliman, R.**, Mahieu, C., Casini A. The beneficial role of participation in decision-making process on the health and commitment of workers in a demanding work organisation context. A cross-sectional study in the health and homecare sector in French-speaking Belgium (2023).
Soumis à la revue : Journal of Occupational and Environmental Medicine
4. Casini, A., **Bensliman, R.**, Callorda Fossati, E., Degavre, F., & Mahieu, C. (2018). Is social innovation fostering satisfaction and well-being at work? Insights from employment in social enterprises providing long-term eldercare services. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29:1244-1260.
5. **Bensliman, R.**, Casini, A., & Mahieu, C. (2018). Innovation in home care sector and its impact on workers' well-being: a participatory diagnosis. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-383. (Abstract publié)
6. Callorda Fossati, E., **Bensliman, R.**, Casini, A., Degavre, F., Schmitz, O. Identifier et sélectionner des cas d'innovation sociale. Les apports de la méthode Delphi à l'élaboration d'un terrain empirique dans le champ l'accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In : Annick Vandenhooft, Sylvie Carbonnelle, Thierry Eggerickx, Valérie Flohimont, Sergio Perelman, Vieillesse et entraide: Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux? (Univer'cité), Presses Universitaires de Namur : Namur, 2017.

Article de vulgarisation

7. Florence Degavre, Annalisa Casini, **Rachida Bensliman**, Ela Callorda Fossati, Céline Mahieu. Le secteur de l'aide à domicile : le grand oublié de la crise du coronavirus. 27 mars 2020 – Presse. Le Soir.

Rapports scientifiques de la recherche WISDOM

8. **Bensliman, R.**, Callorda Fossati, E., Casini, A., Degavre, F., Gérard, B., Macq, J., Mahieu, C., Nyssens, M., & Schmitz, O. (2016). Les innovations sociales dans l'accompagnement à domicile en Wallonie : 2e rapport scientifique de la recherche WISDOM.
9. Callorda Fossati, E., Degavre, F., **Bensliman, R.**, Mahieu, C., Casini, A., Schmitz, O., MACq, J., Gérard, B., & Nyssens, M. (2015). Les innovations sociales dans le maintien à domicile des séniors et l'habitat adapté en Wallonie. Application de la méthode Delphi à l'identification et la sélection des innovations sociales en vue d'une étude multi-cas : 1er rapport scientifique de la recherche WISDOM.

Communications scientifiques en journées d'étude ou conférences nationales et internationales (spécifiques à la thèse)

1. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2023). La santé et le bien-être des professionnelles de l'aide et des soins à domicile : les enjeux de leur participation aux processus décisionnels pour l'Ageing in place. Présentation des résultats de la recherche lors d'une rencontre à la Concertation sociale du CPAS de Forest, GT Séniors et Aides familiales. Forest, Belgique.
2. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2020). La santé et le bien-être des professionnelles de l'aide à domicile dans un contexte d'innovation. Résultats de recherche. Journée de formation 'Qualité de l'emploi' : CSC Namur-Dinant. Bouge, Belgique.
3. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2019). Tension entre le bien-être des professionnelles de l'aide et des soins à domicile et le bien-être des bénéficiaires : résultats de deux cas d'étude et du modèle d'analyse 'Squeezed Lemon Model'. Ecole doctorale thématique 'Santé Publique, Santé et Société' : Université Libre de Bruxelles. Bruxelles, Belgique.
4. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2018). Innovation in homecare sector and its impact on workers' well-being: a participatory diagnosis. 11th European Public

Health Conference: Winds of change: towards new ways of improving public health in Europe. Ljubljana, Slovénie.

5. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2018). *Innover dans l'accompagnement à domicile : place des travailleuses ?* Congrès « 21e Journées d'Automne » : Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie. Liège, Belgique.
6. **Bensliman R.**, Mahieu C., Casini A. (2017). *Innovation sociale dans les soins à domicile en Wallonie : identification et caractérisation de cas par la méthode Delphi adaptée pour l'Ageing in place*. Abstract book. Ecole doctorale thématique 'Santé Publique, Santé et Société' : Université de Liège. Liège, Belgique.
7. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2017). Améliorer le bien-être au travail dans le secteur de l'aide et des soins à domicile des seniors via un processus de recherche participative : diagnostic et perspectives pratiques. Poster scientifique présenté lors Congrès de l'ADELF-SFSP « Sciences et acteurs en santé. Articuler connaissances et pratiques ». Amiens, France.
8. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2017). *Les enjeux du bien-être au travail des services socialement innovants dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées*. 6^{ème} Conférence EMES - 2e table ronde WISDOM. Charleroi, Belgique.
9. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2017). *La relation triangulaire entre le patient, les proches et les professionnels: Croisons nos regards. L'accompagnement des personnes vieillissantes venant de l'étranger*. Conférence « Une société vieillissante : nouveaux défis éthiques. Ville de Bruxelles, SLAP ASBL, le CAL et l'Université Libre Bruxelles. Bruxelles, Belgique.
10. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2016). *Recherche participative en promotion de la santé au travail. Activer le levier de la participation des travailleuses pour favoriser leur bien-être et leur empowerment dans les entreprises sociales de l'accompagnement à domicile des seniors*. Poster scientifique présenté lors des 9^{èmes} Rencontres de l'Institut Renaudot et ses partenaires : Santé Environnement. Du subir à l'agir. Amiens, France.
11. **Bensliman R.**, Callorda Fossati E. Casini A., Mahieu C. (2016). *Nouvelles formes d'habitat et vieillissement. Etude de la dynamique d'innovation sociale dans l'habitat intergénérationnel et adapté*. Conférence INTI : Intelligence territoriale. Charleroi. Belgique.

12. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2016). Application de la Méthode d'Analyse en Groupe dans une recherche participative de promotion de la santé et du bien-être au travail dans le secteur de l'accompagnement à domicile des seniors. Abstract book 2016 Ecole doctorale thématique 'Santé Publique, Santé et Société' : Université Catholique de Louvain. Louvain, Belgique.

13. **Bensliman R.**, Casini A., Mahieu C. (2015). *Promotion de la santé au travail et innovations sociales dans le secteur du maintien à domicile des personnes âgées.* Congrès de la Société Française de Santé Publique : Les déterminants sociaux de la santé. Tours, France.

14. **Bensliman R.**, Callorda Fossati E., Casini A., Degavre F. (2015). *L'apport d'une méthode d'enquête participative au repérage de l'IS dans le maintien à domicile en Wallonie. La méthode Delphi.* Conférence méthodologique de l'IWEPS, Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d'entraides. Namur, Belgique.

Annexes

Annexe 1 : Article scientifique peer review publié en 2^e auteure

Casini, A., **Bensliman, R.**, Callorda Fossati, E., Degavre, F., & Mahieu, C. (2018). Is social innovation fostering satisfaction and well-being at work? Insights from employment in social enterprises providing long-term eldercare services. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 29(6), 1244–1260. [https:// doi.org/10.1007/s11266-018-0001-3](https://doi.org/10.1007/s11266-018-0001-3)

Is Social Innovation Fostering Satisfaction and Well-Being at Work? Insights from Employment in Social Enterprises Providing Long-Term Eldercare Services

Annalisa Casini¹  · Rachida Bensliman² · Ela Callorda Fossati³ · Florence Degavre⁴ · Céline Mahieu²

Published online: 18 May 2018
© International Society for Third-Sector Research and The Johns Hopkins University 2018

Abstract Considering insights from socio-economics, work psychology, and occupational health, this study focuses on the job satisfaction and well-being of employees working in nonprofit social enterprises (SE). We question the idea suggested by the recent literature that working for a SE brings employees a high level of job satisfaction and well-being. We also investigate whether being involved in social innovation is associated with even higher job satisfaction and well-being. Indeed, understood as a manifestation of positive social change, social innovation is expected to improve outcomes such as the quality of life at work. However, because social innovation is an umbrella concept, it embraces different innovation-related concepts. Here we explore the distinction between service innovation and workplace innovation. This article applies a multivariate analysis to an original dataset covering 1134 employees working in the field of elder homecare in Wallonia. Its implications for social entrepreneurs and scholars are also examined.

Keywords Social enterprises · Social innovation · Satisfaction at work · Well-being at work · Domiciliary eldercare

Introduction

The present article addresses the question of the job satisfaction and well-being of employees working for nonprofit social enterprises in the field of long-term care.¹ It presents the results of a transdisciplinary² research conducted in Wallonia, the French-speaking region of Belgium, in 2016, the aim of which was to study the effect of social innovation processes on the well-being and satisfaction of employees at work. The central question of this research is: does social innovation influence the perceptions of workers regarding their quality of life at work and, if so, how?

Our purpose appears particularly demanding since the contested character of the concept is recognised. Indeed, social innovation embraces significantly different meanings across academic disciplines and schools of thought, as well as among non-academic actors (including SE, public authorities, and businesses). In other words, social innovation is a contested concept involving endless disputes about its proper uses (Ayob et al. 2016; Gallie 1956). Therefore, several aspects of this notion should be clarified from an epistemological standpoint.

¹ Social enterprises (SE) hereafter.

² A transdisciplinary project involves researchers from various disciplines (in this case socio-economics, work psychology, occupational health, and sociology) and stakeholders (in this case, umbrella organisations of non-profit providers), which are considered partners in defining and implementing the research objectives (Popa et al. 2015).

✉ Annalisa Casini
annalisa.casini@uclouvain.be

¹ CIRTES & IPSY, Université catholique de Louvain, IPSY – Place Cardinal Mercier 10 bte L3.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgium

² CRISS, School of Public Health, Université libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

³ CIRTES & IRES, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

⁴ CIRTES & IACCHOS, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgium

First, social innovation appears a *strongly normative*³ concept (Ayob et al. 2016; Callorda Fossati et al. 2017). Most definitions identify social innovation with positive social change, i.e. with the valuation of what is good for society. One of the clearest examples of such strong normativity is provided by Pol and Ville (2009, p. 884): ‘We have proposed a new definition [...] based on the creation of new ideas displaying a positive impact on the quality and/or quantity of life. We are not declaring what social innovation “is” [...]. The ultimate end of social innovation is to help create better futures’. However, the problem with these definitions is that they omit the ‘dark side’ of social innovation—i.e. the risks, dangers, misuses, failures, resistances, oppositions, conflicts and oppressions involved in the (social) innovation process (Larsson and Brandsen 2016; Nicholls et al. 2016).

Second, both historical and methodological literature on social innovation point to the *internal complexity* of the concept. In this sense, social innovation is an umbrella concept—i.e. an attempt at an integrative perspective for innovation-related concepts (such as service innovation or workplace innovation). However, for contested concepts, internal complexity comes with ‘*diverse descriptibility*’ (Ayob et al. 2016; Gallie 1956). Researchers, as well as stakeholders, often focus on a single aspect of the (umbrella) concept and neglect its other dimensions. This is clearly the case for social innovation when dealing with the social aspiration of ageing in place. A recent systematic review of the literature on ‘innovations within eldercare’ (Schultz et al. 2015) notes that the issue of ‘work environment’ is seriously under-researched in the field. In other words, the literature seems biased in favour of service innovations—the search of improvements in the quality and/or efficiency of care—at the expense of workplace innovations—the search of improvements in the quality of life at work.

Our research focusses on the field of long-term care, as it evolves in the Walloon context as the privileged answer to the aspiration of ageing in place. The path that the field followed since the Second World War (1939–1945) makes this research question particularly topical. Indeed, the development of the field alternates phases wherein latent social needs have been expressed, leading to collective experiments becoming new services and professions until being consolidated under specific modes of regulations by public authorities (Gilain and Nyssens 2001). For a long time, the majority of long-term care providers in Belgium were regulated by regional authorities through a ‘tutelary’ system. Developed over the years, first at national and then at regional level, the system supports the provision of

personal care services by allocating public funding to providers who comply with a set of standards and requirements, mainly regarding inputs. To be entitled to public support, providers must belong to either the public or the ‘nonprofit’ sector.

Social enterprises historically constitute the majority of long-term care actors. However, since the elderly population is growing and the aspiration for ageing in place is well-identified, a series of reforms have been implemented to encourage newcomers to enter the field (Degavre and Nyssens 2012). These offer more variation in terms of regulations (work integration, quasi-market, market, etc.), organizational forms, and practices—even if a large majority of these new actors remain nonprofit based. This is largely due to the emergence of such innovative projects in the specific context of Wallonia, which are closely connected with the institutionalised actors in long-term care. For example, most of the innovative practices that fall under our scope have been created within or in close connection with traditional homecare organizations.

Our work is based on insights from different fields—i.e. work psychology, occupational health, and socio-economics—in which concepts are discipline-specific or the same concepts are understood differently—such as the notion of innovation, for example. As such, this paper starts by discussing and integrating the literature on employment in social enterprises, social innovation, and workplace innovation (1). This leads us to state several hypotheses. We then explain our methodology (2) and present the descriptive and multivariate analysis that we run to investigate the link between social innovation—through the lenses of service and workplace innovations—job satisfaction, and well-being in social enterprises (3). Finally, we discuss these results and examine some implications for social entrepreneurs in the field of elderly homecare field, as well as the major limitations of the study and avenues of future research (4).

Conceptual Background

Employment in Social Enterprises, Job Satisfaction and Well-Being at Work

In 2014, Wallonia has an estimated 6 500 social enterprises providing 94 135 with full-time equivalent employment (Cayrol et al. 2016).⁴ This represents 21% of the total paid

⁴ In Cayrol et al.’s (2016) study, the scope for the selection of the SE comprises the following entities employing paid staff: Social Enterprises (‘Sociétés à finalité sociale- SFS’ under Belgian law), service co-operatives, national and international not-for-profit associations, de facto associations, private and charitable foundations, as well as mutual societies.

³ Following Gallie (1956), Ayob and colleagues referred to strong normativity by using the criterion of ‘appraisiveness’.

employment in the Walloon private sector, a higher percentage than the national average (17.1%). Moreover, the sectors of ‘human health activities’ and ‘social work activities without accommodation’, which are proxies for the field in which we are interested (i.e. nonprofit enterprises providing elderly homecare), present the highest rate of employment in social enterprises (Cayrol et al. 2016).⁵ Moreover, from a dynamic perspective, one can observe a high employment growth rate in social enterprises during the last years (7.2%, 2008–2014). This contrasts markedly with the fall in employment growth rate in the for-profit/private sector (– 0.5%) and public sector (– 4%) of this region (Cayrol et al. 2016).

The rapid growth of the number of people employed in SE notwithstanding, the lack of monetary and substantial incentives offered to workers is observed in the vast majority of western countries (Defourny and Nyssens 2010). This paradox has puzzled scholars. In order to make sense of it, research has focussed on what pushes employees to enter the SE universe and to remain in it; or, to follow Schepers et al. (2005), to understand the reasons employees experience adequate job satisfaction and well-being at work in a context that is adverse in terms of its financial rewards.

Several hypotheses have been put forward to explain this observation, and they all refer to the notion of motivation as developed within the framework of the self-determination theory (Gagné and Deci 2005). Hence, it has been suggested that employees of SE find alternative forms of extrinsic motivation, such as non-monetary rewards like opportunity for training (Amin 2009; Borzaga and Tortia 2006; Mirvis and Hackett 1983). However, the main argument for explaining the higher level of job satisfaction and well-being in employment in social enterprises relates to intrinsic and prosocial motivations.

Previous research has shown that SE employees have greater opportunity for self-fulfilment compared to those working in private or for-profit enterprises. They are thought to gain satisfaction from elements like contributing to society (Borzaga and Tortia 2006), putting ‘into practice their own ideas’ (Lanfranchi and Narcy 2008), having a social mission to fulfil (Devaro and Brookshire 2007), or finding more utility in their work because they ‘produce a quality service [...] and a public good they see as desirable for society at large’ (Benz 2005). Similar results have been reported for public sector employees (Borzaga and Tortia 2006; Lee 2016). All these motivations have been labelled as either intrinsic (Gagné and Deci 2005) or prosocial (Brolis and Angel 2015). The former can be defined as a ‘state in which the work is inherently enjoyable’, whereas the latter refers to a ‘state in which the work is instrumental

to a (social) purpose or goal’ (Grant 2008, p. 49). de Cooman et al. (2011) have criticized the dichotomous conceptualization of intrinsic versus extrinsic motivation, and propose a distinction between intrinsic motivation and value-based regulations instead. Certainly, for these authors, the specific social mission of the enterprise plays an essential role in the motivation of employees in nonprofit firms. In any case, the SE capacity to respond to employee motivation seems to be a key element in explaining their job satisfaction and well-being. As such, our first hypothesis states that:

Hypothesis H1 In accordance with the literature, we expect that employees in every kind of SE experience high levels of job satisfaction and well-being because SEs generally endorse a social mission (here they provide nonprofit care services).

Social Innovation, Job Satisfaction, and Well-Being at Work

Our study provides a direct continuation of the aforementioned line of research. Indeed, we are primarily interested in better understanding the antecedents of motivation, job satisfaction, and well-being in social enterprises. However, and contrary to previous work, we will not compare SE employees to those in other types of organisations (like for-profit or public organisations). Rather, we only consider SE employees and differentiate them based on how likely they are to experience greater intrinsic and prosocial motivations. Following Ryan and Deci’s argument (2000, p. 71), we assume that employee motivation is reinforced by ‘activities that have the appeal of novelty, challenge, or aesthetic value’. Similarly, we assume that employee motivation should be sensitive to the context driving the social mission (Brolis and Angel 2015, p. 5). In this sense, the different facets of innovation—such as service and workplace innovation—provide an interesting perspective by which to explore how SE employees experience motivation, and how the context influences the perception of the quality of life at work.

This study proposes a comparison between SE employees that are actually engaged in what a pool of experts consider socially innovative and thus prosocial, novel, and challenging projects (SI), on the one hand; and employees that have not been identified as being involved in on-going innovative projects (NSI), on the other. The latter are thus working in more institutionalised environments within SE and function on a stable routine basis. This will possibly allow us to evaluate whether different levels of prosocial and intrinsic motivation—theoretically assumed to be higher in SI, and lower in NSI—engender different levels of job satisfaction and well-being. By doing

⁵ An average of 28 and 23% respectively at the national level.

so, we intend to initiate a dialogue between the concepts of prosocial and intrinsic motivations, as well as job satisfaction and well-being, in the context of innovation in social enterprises. As noted earlier, much has been written on the motivation of SE workers, as well as their satisfaction and well-being at work. However, to our knowledge, this is the first contribution linking this issue to that of social innovation. This study thus aims to fill this gap in the literature. Indeed, the SE sector ‘self-identifies as being active in social innovation, [whose] major purpose is to create new solutions to complex social, environmental, cultural and economic problems’ (Barraket and Furneaux 2012, p. 233). The potential impact of SI on the actual work experiences of employees is in urgent need of research.

Although social innovation does not have a stabilized definition, at its most basic it can be described as ‘innovative activities and services that are motivated by the goal of meeting a social need and that are predominantly diffused through organizations whose primary purposes are social’ (Mulgan 2006, p. 146). Moreover, they are considered ‘disruptive’ in the sense that they force people to reconsider their ‘routines’ (Evers et al. 2014, p. 11). As such, SI are thought to be good for society because they produce positive social change (Shier and Handy 2015). They are also deemed good because, according to Sen (1993), they increase the capacity of both individuals and society to act based on actual lasting changes in social functioning. Under this alternative vision, both the ends and means of SI are inherently linked and have a significant impact on social norms and values (Nyssens 2015). Socially innovative projects are fundamentally connected with SE because SI is thought to update or reinforce the social mission of SE.

The present contribution specifically focusses on service innovation defined as ‘new possibilities for mediation between the contexts of production and usage’ (Jacobsen and Jostmeier 2012, p. 110). In this sense, services innovation is a new option for action aimed at providing immaterial or material and interactive (i.e. co-produced) products (Djellal and Gallouj 2012). The starting point of our consideration is that SEs are not homogenous in terms of the type of services they offer—they can be technological or non-technological, for instance. Nonetheless, all SEs are charged with a clear social mission (e.g. providing services to vulnerable people), which appears to be the strongest driving force intrinsically and prosocially motivating employees and thereby increasing their job satisfaction and well-being at work. However, if we return to the seminal definition of intrinsic motivation—understood as ‘the inherent tendency to seek out novelty and challenges, to extend and exercise one’s capacities, to explore, and to learn’ (Ryan and Deci 2000, p. 70)—then this

cannot be disentangled from innovation. This suggests that a SE that holds a particularly visible social mission *and* also offers novelty and challenge as built-in elements should further strengthen both the prosocial and intrinsic motivation of their employees, as well as their job satisfaction and well-being.

What is at stake here is how SI can influence the intrinsic and prosocial motivation of employees within the context of a certain type of organization (in this case, SE) operating in highly socially oriented and institutionalized—and thus routine driven—field (i.e. elderly home-care), and whether this source of motivation results in improved job satisfaction and well-being.

We are thus able to formulate a second hypothesis at this stage.

Hypothesis H2 Because SI in services conveys a social mission *and* novelty and challenge (e.g. a new service or a renewal in the design of an existing service), thus potentially strengthening both prosocial and intrinsic employees motivations, we expect that employees involved in these SI experience higher levels of job satisfaction and well-being compared to NSI employees.

Workplace Innovation, Job Satisfaction, and Well-Being at Work

Given its normative characteristics and its noble aim of reforming and improving social and welfare services, SI is most often perceived by both politicians and the literature as the ideal solution to meet the emerging societal needs and changes, improve the quality of life, and strengthen social relations. However, the problem with this generally optimistic tone in the discussion of social innovation is that it can ‘mask a set of problems, both in the concept and in practice’ (Larsson and Brandsen 2016, p. 293). Indeed, several authors agree on the necessity of taking a critical stance on the concept of social innovation, and point to several ‘dark sides’ of this concept (Larsson and Brandsen 2016; Nicholls et al. 2016). For instance, sometimes a SI can envisage or respond to an emerging need with socially divisive or destructive strategies. While SI is supposed to improve social relations, in some case, innovative projects can engender social conflict between the local political, business, and civil sectors that do not share the same vision or interests regarding an issue. The deployment of a SI can also lead to deviant or unintended consequences that have negative social effects. This is the case, for example, when some groups are excluded from the focus of the innovation, or when the optimization of the service for the beneficiaries does not suit the demand of the employees in terms of quality of life at work. This is aptly summarized by Nichols, who notes,

[C]learly, social innovation is a complex and multi-faceted institutional space that is still subject to competing discourses and definitions. [...] It is important, therefore, to be aware that social innovation from one stakeholder perspective may look and feel very different from another – social benefit is always contingent [as] it will create value for some and destroy it for others (Nicholls et al. 2016, pp. 5–6).

In addition to these ‘dark sides’ of SI, one might also consider that organisational change in itself is often associated with job stress (Vakola and Nikolaou 2005), low job satisfaction, and turnover intention—especially when changes are frequent or not well planned (Rafferty et al. 2006).

Indeed, it seems that considering only the positively connoted normative contents—such as those describing SI and more specifically service innovation—in progressive terms with regard to intrinsic and prosocial motivations, may actually leave stakeholders worse off (Pue et al. 2016, p. 26). It may, for example, neglects SI employee job satisfaction and well-being.

In order to approach this question, we turn to the notion of workplace innovation (WI). Closely linked to the general notion of service innovation, this notion is useful for addressing, as previously noted, the gap in the literature concerning the underrepresentation of the work context in research on SI (Schultz et al. 2015). WI is defined as a set of ‘strategy induced and participatory adopted changes in an organisation’s practice of managing, organising and deploying human and non-human resources that lead to simultaneously improved organisational performance and improved quality of working life’ (Eeckelaert et al. 2012, p. 4). The main aspiration of WI is to propose novel and challenging solutions to increase labour productivity, develop worker competencies, as well as implement flexible organisation and innovative capacity. Ideally, the entire process should be based on the principle of the participation of the stakeholders—that is, employers and employees at whatever level—as well as on that of reciprocal trust.

A number of project evaluations have clearly shown the positive link between workplace innovation and quality of working life (for a review, see Pot et al. 2012). More specifically, it has been shown that the workplace innovations that are most beneficial for well-being at work include: participative and fair management and leadership; flexible organisation; working smarter; the continuous development of employee skills and competencies; networking between organisations, and the modernisation of labour relations and human resource management,

particularly when the employees’ control over work is at stake (Eeckelaert et al. 2012).

These results are so robust that it is reasonable to ask whether SI that relies solely on service design—i.e. service innovation not explicitly accompanied by workplace innovation—can have an impact on job satisfaction and well-being. Put another way, to reach the well-being of workers, is it legitimate to count on the positive effect of the sole SI of the services (the ends) if there is no innovation in the means? This question brought us to our third (counter-) hypothesis:

Hypothesis H3 We expect that employee job satisfaction and well-being increases when workplace innovation, rather than service innovation, principles are implemented.

Method

Participants and Procedure

The present dataset is derived from the WISDOM study⁶ database and includes data on 1134 employees working in 10 SE active in the field of elderly homecare.

Elderly homecare (sometimes also called ‘domiciliary care’) covers all activities undertaken in the home where the dependent older person usually lives, with the objective of enabling ‘*people to stay in their own homes as long as possible*’ (Jamieson 1996, p. 7). In Belgium, the term covers both ‘personal care’, which includes services such as assistance with dressing, feeding, washing, and toileting; as well as advice, encouragement, as well as emotional and psychological support and help with instrumental activities of daily living, such as ‘housework’ (or home help) and the preparation of meals. Housework refers to chores relating exclusively to objects, such as cleaning, doing the laundry, etc. We also examine services provided outside the user’s home (such as day care) and their co-ordination, as they help to maintain disabled older adults in the community, and in medical and paramedical homecare (such as nursing).

Administrations of the 10 SE openly consented to participate in the study and in most cases they emphasised the

⁶ WISDOM is a multidisciplinary research project on changing practices by social enterprises providing health and social care services for the elderly living at home in Wallonia (the French-speaking region of Belgium). Change in the field is interpreted through the lens of social innovation. Methodologically, the research followed a multiple case study design and was conducted in partnership with local stakeholders (umbrella organisations of non-profit providers).

importance of completing the questionnaire to their employees. Following the preference of each SE, participants filled either a paper-pencil or an online questionnaire on psychosocial risk factors during the period December 2015–June 2016. No reward was offered for completing the questionnaire. The overall response rate was 40.6%, which is a slightly lower response rate compared to the average of 48% in organisational research (Baruch and Holtom 2008). We consider this response rate satisfactory. The administrations did not have access to the individual answers at any point in time.

Selection of the Socially Innovative Projects

In Belgium, the field of elderly homecare is a clear example of a context in which SI in the service sector has become a major challenge. Indeed, the ageing of society has resulted in a growing number of dependent elderly people. The need to respond qualitatively and quantitatively to their and their families' aspiration for a means of healthy ageing in place has thus become urgent (Degavre and Nyssens 2008). Consequently, many SI in service have recently emerged in Wallonia in order to prevent elderly social isolation, offer an alternative to institutionalisation, relieve families of the exclusive responsibility of care provision, or offer more specialised and effective homecare interventions. These innovations in services supported by SE are reshaping the scope of the field (Callorda Fossati et al. 2017). Recent research show that these innovations have been brought about by new actors in the field, or by established actors who find themselves involved in new ways of organising work and networking while still performing more traditional services. In practice, this means that some employees are more exposed than others to innovations in the field.

The socially innovative projects considered in this research were identified and selected using the Delphi procedure. Generally speaking, the Delphi procedure aims at reaching a consensual definition of a given issues (in our case, we wanted to identify social innovative projects in the field of elderly homecare in Wallonia) by consulting the opinion of 'experts'. In the context of a consensus-seeking consultative approach, such as Delphi, the term 'experts' does not designate individuals in a hegemonic position with verified knowledge coming from an 'official title'. Rather, the expertise is defined by the knowledge resulting from professional qualification, experience in the field, or policy influence (Baker et al. 2006). The classical Delphi method (Jones and Hunter 1995; Pauly et al. 2003) follows 4 steps: (1) the formulation of the problem, (2) the identification of the panel of experts, (3) the elaboration of a questionnaire aimed at collecting the opinions of these experts, and (4) the collection of data in three or more

rounds. In our case, the method was adapted by constituting two pools of experts mobilized in the different rounds: one pool to identify and characterise cases of social innovation, and a second pool to reach a consensus regarding the specific cases on which the WISDOM study would focus (for a detailed presentation of the Delphi procedure developed in the WISDOM study and the corresponding results, see: Callorda Fossati et al. 2017).

Based on the expertise of these two panels of experts (i.e. field projects managers, decision makers, researchers, etc., but no homecare workers) of the Walloon field of elderly homecare, the Delphi procedure made it possible to identify 42 cases that can be labelled SI. The identification criteria for the cases that could potentially be included in the research were: (a) to be a nonprofit organisation, (b) to be active in Wallonia, and (c) to respond (directly or indirectly) to a not yet satisfied social need permitting the elderly to age in place healthily. More specifically, we used the following definition: *any initiative that seeks to address elderly people's aspiration to grow old in their own home is considered SI. These initiatives should focus on the concrete needs emerging from this aspiration, be they expressed by the elderly themselves or by other stakeholders (remunerated professionals, volunteers, or near relation caregivers).*

In the second step, experts rated each of the SI they suggested earlier in the process on a 1–5 scale concerning the fulfilment of several objectives defined by the researchers in a previous phase of the study; these objectives were based on a literature survey regarding the notion of SI. The following items comprised the scale: (a) to strengthen beneficiaries' autonomy (mean = 4.4); (b) to offer an alternative to the quasi exclusive care by families (mean = 3.9); (c) to work from a health promotion perspective (mean = 3.6); (d) to promote real and day-by-day equality (mean = 3.7); (e) to ensure universal access to the service (mean = 4.0); (f) to dispose of managerial autonomy at the project level (mean = 3.7); (g) to promote workplace democracy (mean = 3.5); and (h) to develop a pro-learning organisation of work (mean = 3.4). It is noteworthy that social innovation, as identified by the experts, is better rated in dimensions related to improvement in the qualities of services ('a' to 'e') than in dimension related to work environment issues (g and h). The answers were averaged to obtain a score for the social innovative nature of each project. The final total score obtained for each of the 42 projects indicates that all of these appeared to be socially innovative to some extent. More precisely, the mean score attributed to the SI by the Delphi experts was 3.2 (score range: 2.3–4.7, min = 1, max = 5).

Following three further rounds of consultation, the Delphi procedure permitted the selection 15 SI (from the

42 previously identified) active in six intervention areas, namely: adapted housing, community projects, support for informal carers, psychological support, multidisciplinary projects, and technological social innovation. Of these 15 SI, five were not included in the present study. This was due to the fact that: (a) two SI declined the invitation to participate in the quantitative component of the WISDOM study; (b) one SI did not involve employees (only volunteers); and (c) two SI were evaluated by the Delphi experts as not sufficiently socially innovative for the project, that is, they did not reach the score of 3 (i.e. the scale midpoint) on the project's SI scale.

Of the ten SI considered for this study: three are SE in and of themselves, three are embedded in a larger SE; two SI are embedded in another, larger SE; while the remaining two SI are part of two organizations that collaborated on the development of these SI. This means that for the present study, the subsample of employees working in SI is composed of all the workers of the three SI that are SE, as well as a portion of those working in larger SE but active in a SI. Conversely, the subsample of employees working in a NSI is composed of employees working in the larger SE, in which seven SI are embedded.

More precisely, for the purpose of this study, the final dataset comprises: 238 employees (222 women; mean age = 41.74, SD 11.68) working in SI, and 896 (853 women; mean age = 43.60, SD 10.53) working in NSI. Unsurprisingly, as is generally the case in the field of

elderly homecare, roughly 96% of the present sample is composed of women. Moreover, most of the participants (almost 70%) are service workers (e.g. nurses, care assistants, and home help workers) and benefit from a permanent contract (92.1%). A detailed description of the sample is presented in Table 1.

Measures

Individual level data were gathered via an enlarged version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), which is a validated tool that covers a wide range of psychosocial risk factors at work, as well as mental and physical health indicators (Pejtersen et al. 2010). This tool is widely used in both research and practice to evaluate the quality of workplace environments, and to perform workplace risks assessments. The COPSOQ II has been translated and validated in several languages. For this study, we used the Belgian French version (Kiss and De Meester 2011). The questionnaire and the data collection procedure received the approval of the ethics committee of the Université libre de Bruxelles.

Dependent Variables

Employee job satisfaction and well-being were seized using the COPSOQ II's scales: 'commitment to the workplace' and 'meaning of work' were used to measure

Table 1 Description of the sample

Variables	Range	General mean (SD)/frequency (%)	Mean (SD)/frequency (%)		df	t test/ χ^2
			SI	NSI		
No of participants			238 (21.0)	896 (79.0)		
Sex					1	4.57*
Women	–	1075 (96.1)	222 (93.7)	853 (96.7)		
Men	–	44 (3.9)	15 (6.3)	29 (3.3)		
Age	17–67	43.24 (10.80)	41.86 (11.68)	43.60 (10.53)	318.67	– 2.01*
Professions/grade					6	28.70***
Managers	–	25 (2.3)	10 (4.3)	15 (1.8)		
Professionals	–	35 (3.2)	15 (6.5)	20 (2.4)		
Technicians and associates professionals	–	106 (9.8)	20 (8.6)	86 (10.1)		
Clerical support workers	–	40 (3.7)	15 (6.5)	25 (2.9)		
Services and sales workers	–	756 (69.8)	155 (66.8)	601 (70.6)		
Craft and related trades workers	–	4 (.4)	2 (.9)	2 (.2)		
Elementary occupations	–	117 (10.8)	15 (6.5)	102 (12)		
Contract					1	3.82
Permanent		1010 (92.2)	222 (95.3)	788 (91.4)		
Fixed-term		85 (7.8)	11 (4.7)	74 (8.6)		

SD standard deviation, SI socially innovative projects, NSI SE without a specific social innovation

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

job satisfaction, while ‘emotional exhaustion’ and ‘somatic stress symptoms’ were used to measure employee well-being. In line with classical organisational health and well-being literature, we consider commitment to the workplace (i.e. being satisfied with one’s workplace) and the meaning of work (i.e. the sense one finds in his/her activity) as proxies of job satisfaction (Bakker and Schaufeli 2008; Cartwright and Holmes 2006; Hackman and Oldham 1980). Emotional exhaustion and somatic stress symptoms are considered indicators of well-being construct, in the sense that they allow us to capture the mental and physical health of employees.

Predictors

To perform the comparative analyses (implied by the test of H2) a dummy variable labelled SI–NSI was created (coded: -1 = being an employee in a SI, and 1 = being an employee in an NSI). Moreover, in order to test H3, we captured the workplace innovation dimensions, as defined by Eeckelaert et al. (2012) earlier in this study, by using several scales from the COPSOQ II.

The dimension of management and leadership remodelling was measured via the ‘justice’ and ‘trust regarding management’ scales. Indeed, in contrast to traditional directive styles of management and leadership, innovation of work is supposed to adopt a way of functioning based on fair management and a trusting relationship between superiors and subordinates.

The dimension regarding the flexible organisation of the work environment was measured via the ‘predictability’ and ‘work-family conflict’ scales. Here, the lack of predictability is assumed to represent the negative facet of the flexibility, whereas low work-family conflict indicates the presence of positive flexibility (Hill et al. 2001).

‘Work pace’ and ‘place for new ideas’ scales were used as proxies for the working smarter dimension of workplace innovation. The dimension of the continuous development of skills and competencies was measured using the ‘possibilities for development’ scale, while that regarding the modernisation of labour was measured using the ‘influence on work’ scale.

All items were answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 = never to 5 = always; except for the work-family conflict item, which was answered on a 4-point Likert scale ranging from 1 = no, never to 4 = yes, always. The scores of the multiple item scales were obtained by adding the answers to each item at the individual level.

Finally, participants were asked to provide classical socio-demographic information, such as sex (coded: 1 = women, and 2 = men), age, education, profession and grade (measured by means of the ISCO-08 classification), as well as the type of contract (permanent vs. fixed-term).

An overview of the measures and examples of items is presented in Table 2.

Statistical Analyses

The quality of our indicators was verified by a series of reliability analyses. Correlation analyses and χ^2 were performed to evaluate the general trend of the data. Moreover, one-sample t tests were employed to tests H1. Finally, separate independent sample t tests and multiple linear regressions (with multicollinearity diagnostic) were performed to test H2 and H3.

Results

Job Satisfaction, Well-Being, and Workplace Innovation Dimensions: General Patterns

To evaluate the general trend in terms of the dimensions of job satisfaction, well-being, and workplace innovation, all indicators were submitted to a correlation analysis and a series of one-sample t tests comparing the mean score to the scale midpoint.

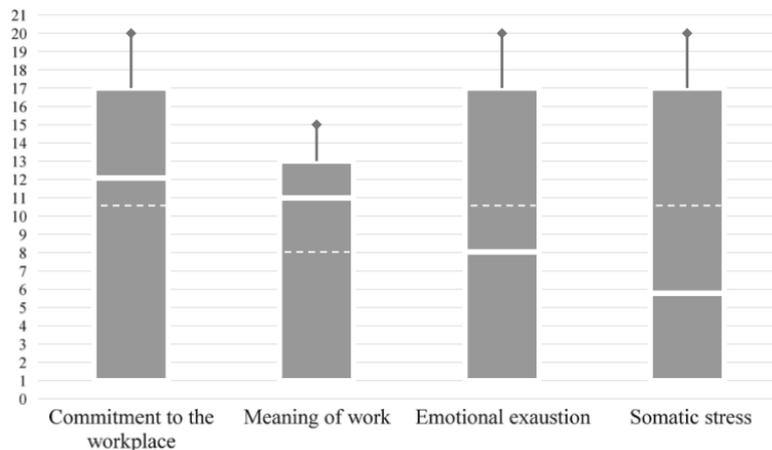
As shown in Table 6, all the job satisfaction and well-being indicators are highly correlated with one another. With regard to the workplace innovation dimensions, these are almost all correlated to one another, as well as with the job satisfaction and well-being indicators. The only exceptions are: (1) to have the place for new ideas does not correlate with the well-being indicators and the perception of justice, trust regarding management, and predictability; and (2) the possibility for personal development does not correlate with somatic stress symptoms. All correlations go in the expected direction. Among the potential control variables (i.e. sex, age, grade, education, and type of contract), sex is correlated with both well-being indicators; this means that women are more likely to report bad health conditions than men. Moreover, the type of contract is correlated with job satisfaction and well-being indicators, in the sense that the more stable a contract is, the more satisfied and less likely employees are to report bad health conditions. Finally, education is correlated with somatic stress symptoms—the higher the level of education, the less likely symptoms are to be reported. Given these results, sex, education, and type of contract are included in further analyses as control variables.

To test H1, we performed a series of one-sample t tests comparing the mean score to the scale midpoint on the global sample. All the results were significant at $p < .000$, and revealed a general positive trend in terms of job satisfaction and well-being. More precisely, as shown in Fig. 1, participants were significantly satisfied with their

Table 2 Overview of the measures

	Concept	Scale	Number of items	Example item	Cronbach's α
Dependent variables	Job satisfaction (inter-scale correlation: $r = .643$, $p < .000$)	Commitment to the workplace	4	Do you feel that your place of work is of great importance for you?	.724
		Meaning of work	3	Is your work meaningful?	.788
	Well-being (inter-scale correlation: $r = .558$, $p < .000$)	Emotional exhaustion	4	During the last 4 weeks, how often have you felt worn out?	.900
		Somatic stress	4	During the last 4 weeks, how often have you had headache?	.715
Predictors	Management and leadership remodelling (inter-scale correlation: $r = .631$, $p < .000$)	Justice	4	Are all suggestions from employees treated seriously by the management?	.776
		Trust regarding management	1	Does the management trust the employees to do their work well?	
	Flexible organisation of work (inter-scale correlation: $r = -.145$, $p < .000$)	Predictability	2	At your place of work, are you informed well in advance concerning, for example, important decisions, changes, or plans for the future?	.644
		Work-family conflict	1	Do you often feel a conflict between your work and your private life, making you want to be in two places at the same time?	
	Working smarter (inter-scale correlation: $r = .102$, $p < .001$)	Work pace	3	Do you work at a high pace throughout the day?	.778
		Place for new ideas	1	Does your work demand that you are good at coming up with new ideas?	
	Continuous development of skills and competences	Possibilities for development	4	Do you have the possibility of learning new things through you work?	.694
Modernisation of labour relations	Influence on work	6	Do you have a large degree of influence concerning your work?	.721	

Fig. 1 Job satisfaction and well-being indicators: overall mean score, range, and minimum/maximum possible score values. Note: Boxes represent the range of the actual answers for each score, vertical lines specify the minimum/maximum possible score values, solid white horizontal lines represent the mean score, dotted white horizontal lines are the midpoint of the scale (i.e. the test value in one-sample t test analyses)



job over all, found their work meaningful, and reported a low amount of emotional exhaustion and few psychosomatic stress symptoms. Our analysis confirms H1: employees in every kind of SE (whether SI or NSI)

experience relatively high levels of job satisfaction and well-being, probably because SE endorse a social mission that motivates them prosocially.

Moreover, participants report a generally high level of perceived justice and trust regarding management, perceive high predictability, experience low work-family conflict, work at a slow pace, are able to implement new ideas in their work, and benefit from good development opportunities. On the contrary, they did not perceive having an adequate influence on their work (Fig. 2).

Being Part of a SI as a Predictor of Job Satisfaction and Well-Being

Based on previous research on this subject, H2 predicted that, due to the pursuit of a novel and challenging social mission, being part of a SI in service should increase job satisfaction and well-being compared to NSI employees. However, data do not support this hypothesis. Indeed, independent sample *t* tests showed no difference between SI and NSI workers regarding commitment to the workplace, meaning of work, emotional exhaustion, and somatic stress symptoms (see Table 3).

Alternative Predictors of Job Satisfaction and Well-Being: Accounting for Workplace Innovation Dimensions

Subsequent to the rejection of H2, we examined the issue of whether job satisfaction and well-being can be accounted for by workplace innovation dimensions (i.e. justice, trust in management, predictability, work-family conflict, work pace, place for new ideas, possibilities for development, and influence on work) (Eeckelaert et al. 2012), rather than solely on the basis of being part of a SI. To better understand the pattern of these dimensions in the present sample, we first performed independent sample *t* tests comparing SI and NSI employees on each of the indicators for workplace innovation. Results showed that SI employees only score higher than NSI employees in the dimension of influence on work, while no difference was found in the other dimensions (see Table 4).

We then performed separate multiple linear regressions analyses using the four job satisfaction and well-being indicators as dependent variables, and the SI/NSI affiliation and proxies of the workplace innovation dimensions as predictors (see Table 5). More precisely, we ran the following regression equation four times, alternating commitment to the workplace, meaning of work, emotional

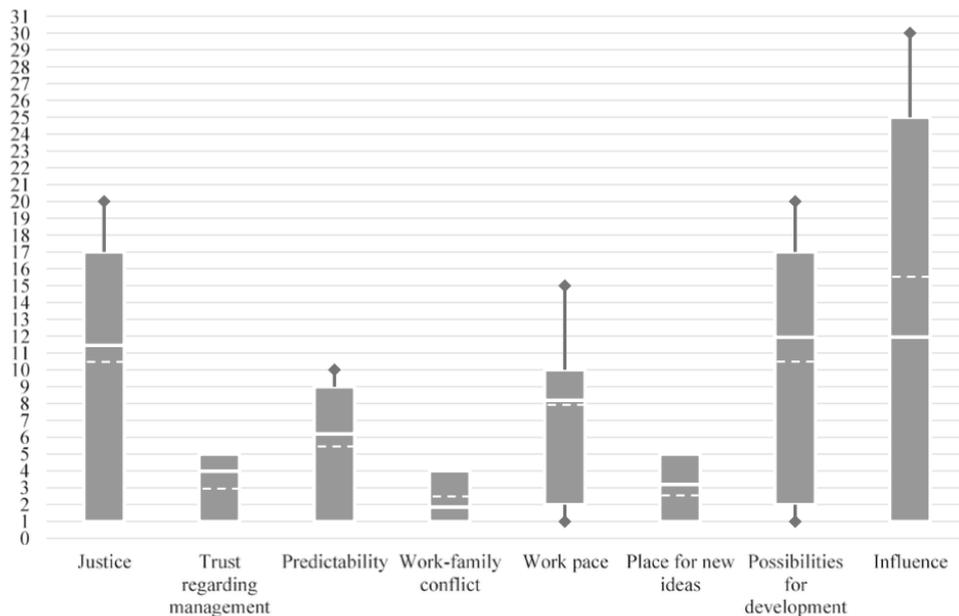


Fig. 2 Workplace innovation indicators: overall mean score, range, and minimum/maximum. Note: Boxes represent the range of the actual answers for each score, vertical lines specify the minimum/maximum possible score values, solid white horizontal lines represent the mean score, dotted white horizontal lines are the midpoint of the scale (i.e. the test value in one-sample *t* test analyses)

Table 3 SI–NSI differences in job satisfaction and well-being indicators

Variable	SI		NSI		df	t test
	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)		
Job satisfaction						
Commitment to the workplace	166	12.19 (3.27)	673	12.06 (3.27)	837	.47
Meaning of work	203	10.89 (2.13)	844	11.02 (1.96)	1045	– .82
Well-being						
Emotional exhaustion	226	8.11 (3.76)	834	8.02 (3.60)	1058	.32
Somatic stress	232	5.70 (3.12)	864	5.80 (3.32)	1094	– .40

SD standard deviation, SI socially innovative projects, NSI SE without a specific social innovation

Table 4 SI–NSI differences in workplace innovation dimensions

Variable	SI		NSI		df	t test
	N	Mean (SD)	N	Mean (SD)		
Management and leadership remodelling						
Justice	185	11.30 (2.93)	708	11.48 (2.97)	891	.74
Trust regarding management	204	4.01 (.80)	842	4.00 (.80)	1044	.21
Flexible organisation of work						
Predictability	201	6.20 (1.73)	846	6.20 (1.66)	1045	– .00
Work-family conflict	238	1.94 (.96)	887	1.84 (.90)	1123	1.58
Working smarter						
Work pace	206	7.99 (2.54)	842	8.25 (2.40)	1046	– 1.37
Place for new ideas	237	3.27 (.88)	888	3.18 (.82)	354.96	1.56
Continuous development of skills and competences						
Possibilities for development	201	11.87 (2.71)	827	11.96 (2.60)	1026	– .44
Modernisation of labour relations						
Influence on work	227	12.88 (4.56)	819	11.66 (3.78)	317.16	3.73***

SD standard deviation, SI socially innovative projects, NSI SE without a specific social innovation

*** $p < .001$

exhaustion, and somatic stress symptoms as the dependent variable (y) each time:

$$y = \alpha + \beta_1 \text{Social innovation (yes-no)} + \beta_2 \text{Justice} \\ + \beta_3 \text{Trust regarding management} \\ + \beta_4 \text{Predictability} + \beta_5 \text{Work-family conflict} \\ + \beta_6 \text{Work pace} + \beta_7 \text{Place for new ideas} \\ + \beta_8 \text{Possibilities for development} \\ + \beta_9 \text{Influence on work} + \varepsilon$$

All the dependent variables and workplace innovation dimensions were calculated at the individual level, and all of these variables had already been identified as correlated. Therefore, we performed a multicollinearity diagnostic for each multiple regression, checking for correlation

coefficients and variance inflation factors (VIF). As all the correlation coefficients were smaller than .80, and all the VIF values were smaller than 3, we concluded that there was an absence of multicollinearity (Thompson et al. 2017).

While our predictors explain a substantial proportion of the variance of commitments to the workplace ($R^2 = .495$) and meaning of work ($R^2 = .448$), they explain emotional exhaustion ($R^2 = .214$) and somatic stress symptoms ($R^2 = .143$) to a lesser extent.

Moreover, in line with our previous analysis, working in a SI does not predict any of the job satisfaction and well-being indicators (rejection of H2). In contrast, the workplace innovation dimensions globally predict these indicators (H3). More precisely, commitment to the workplace

Table 5 Multiple linear regression standardised coefficients (β)

	Commitment to the workplace	Meaning of work	Emotional exhaustion	Somatic stress symptoms
Social innovation (yes–no)	– .031	.020	.004	.006
Management and leadership remodelling				
Justice	.204***	.018	– .139**	– .162**
Trust regarding management	.157***	.098*	.002	.051
Flexible organisation of work				
Predictability	.098*	.208***	– .011	– .019
Work–family conflict	– .103**	– .028	.279***	.215***
Working smarter				
Work pace	– .114***	– .036	.207***	.187***
Place for new ideas	– .007	– .006	– .067	.027
Continuous development of skills and competences				
Possibilities for development	.337***	.521***	– .031	.006
Modernisation of labour relations				
Influence on work	.048	– .062 [~]	– .025	.023
R^2	.495	.448	.214	.143

Data are controlled for sex, education, and type of contract; [~] $p < .06$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

is predicted by all the variables apart from that regarding a place for new ideas and the influence on work. The meaning of work is predicted by the trust in management, predictability, possibilities for development and, albeit marginally, the influence on work. Emotional exhaustion and somatic stress symptoms are both predicted by the perception of justice, work–family conflict, and the workplace.

Discussion

The first finding of the present study that deserves attention concerns the general level of job satisfaction and well-being among employees working in nonprofit enterprises that provide homecare to the elderly (H1). Overall, participants claim to perceive their work as highly meaningful and appear to be largely committed to their workplace. They also report a low level of somatic stress symptoms and a fairly low level of emotional exhaustion. This first result is in line with the literature regarding the satisfaction and well-being of SE employees in the nonprofit provision of similar services (Brolis and Nyssens 2015; Delp et al. 2010; Kameråde and McKay 2015) and confirm our first hypothesis, H1.

This study also aimed to evaluate potential differences in job satisfaction and well-being occurring within elderly homecare field. Based on a literature survey of this subject, we hypothesised that being part of a SI in service should strengthen the intrinsic prosocial motivation of the

employees of in the field of elderly homecare, and thereby further increase job satisfaction and well-being compared to NSI employees (H2). Although we verified the socially innovative nature of the selected SI, we did not find any difference between the two groups. This can be partially explained by the fact that the levels of job satisfaction and well-being are already quite high in both groups, so that there is not much room left for improvement. Nevertheless, the absence of differences can also be explained by the fact that SI solely reliant on service design is not an element strong enough for improved satisfaction and well-being. In other words, it is plausible that the focus on the service dimension of SI, which demands considerable resources in order to be developed (Nyssens 2015), had diverted the attention of innovators away from the quality of work. Our analyses of workplace innovation indicators showed that all of the elements are present at different degrees within both SI and NSI; with the exception of the influence on work, which is significantly higher in SI. This ostensibly suggests that, besides the service side of SI, the SI included in the study have not specifically planned to enhance managerial practices concerning the organisation of work or deployment of human resources. However, our analysis of the association between workplace innovation dimensions and job satisfaction and well-being reveals that remodelling management and leadership, implementing positive flexibility and smart working, as well as offering opportunities for employees to develop their skills and competencies, are all robust predictors (H3).

Conclusion

The main aim of our study was to better understand the role played by the intrinsic and prosocial motivations (which we theoretically linked to SI in service) of SE employees in predicting job satisfaction and well-being. Our results suggest that enhancing these motivations, as working in a SI in service should do, is not sufficient. Indeed, to have an effective impact on the job satisfaction and well-being of employees, SE should pay greater attention to the possibilities to innovating in the workplace.

Our results are not that surprising with regards to the classic models of well-being at work. Indeed, they echo the well-known Job-Demand-Control model promulgated by Karasek (1979), which posits that job autonomy and opportunities for personal development are key factors in predicting well-being at work. The role played by perceived justice and reciprocal trust has been discussed extensively in work related to Siegrist's (1996) Effort Reward Imbalance model. Finally, the job-demand-resources model comprehensively documents buffering power against the burnout of resources, such as positive flexibility and smart working practices (Demerouti et al. 2001).

What is surprising is that majority of previous research, especially in social economy scholarship, gives so little attention to work and organisation related dimensions, and implicitly advances the idea that the pursuit of a social mission (such as providing care on nonprofit basis) is *per se* a source of motivation, job satisfaction, and well-being. Workers and researchers alike have long been beholden to the idealistic notions regarding the vocational nature of the jobs in this field. According to Max Weber, in his description of 'Politics as a vocation' (Weber and Mills 1946), a man with a vocation 'nourishes his inner balance and self-feeling by the consciousness that his life has meaning in the service of a cause'. Bourdieu called this phenomenon the 'interest in disinterestedness' and saw in it an inversion of the logic of the larger economy of the society (Bourdieu 1993). This contributes to masking power relations, specifically employment relationships and resulting working conditions. Indeed, considering social innovation as the driving force behind employee motivation implies that they recognise and even appropriate the innovative nature of the project in which they are involved and, at the same time, that no other dimensions of their working conditions undermine their well-being at work. However, feminist authors have long argued that the field of care is trapped in the domestic sphere and consequently suffers from a lack of recognition that hinders career development and wages (Badgett and Folbre 1999). In view of this, the present study can be seen as an attempt to

re-examine—in the context of highly feminised, under-recognized field of providing care for older people—the hypothesis related to vocation, and its link to sense-making at work, initially formulated by Max Weber.

Of course, our study has some limitations that need to be addressed, and which provide ideas for future research avenues in turn. First, this is a cross-sectional study, thus no deduction in terms of causal relation can be made. Nevertheless, the mere indication of the association between workplace innovation dimensions and employee job satisfaction and well-being supplies an interesting cue that can stimulate pro-quality of life at work initiatives by social enterprises in the field of elderly homecare. A few other potential limitations concern the studied sample. Indeed, while the response rate was satisfactory (Baruch and Holtom 2008), it was still below the half the population; therefore, a self-selection bias among workers cannot be ruled out. In the same vein, however, the classical 'healthy workers' bias—that is, the fact that the workers that suffer the greatest burden at work in terms of health and well-being have already left the job or are on long-term sick leave and are thus unreachable by researchers—cannot be excluded either. Our results may have been affected by both these biases. Nevertheless, the fairly good correspondence between the socio-demographic characteristics of our sample and those of the entire population of the WISDOM study is a sufficient guarantee for the quality of the present results and their generalisability, at least at the Walloon level.

Moreover, we do not differentiate between types of professionals or hierarchical levels in our analyses. This was mainly because we could not reach enough respondents in some categories. Nevertheless, even if grade or the type of profession were not significantly correlated to the dependent variables in the current sample, it would be interesting to take better account of the specific position of and kind of work performed by employees in future research. For instance, the type and intensity of interpersonal relation with the beneficiaries of the services, or the possibility having control over one's work, can vary significantly across professions.

Finally, some of the participants that we classified as SI employees belong to the same organisation as a portion of those that were classified as NSI employees. Even though the independence of the SI from the parent enterprise was verified during the Delphi procedure of selecting the SI, we cannot rule out that part of the variance we tried to explain was shared by the two groups. Indeed, these new services show the imprint of the new public management era in which they were born, and are not yet organised under any stabilized regulatory environment or funding—even if they evolve in a similar organisational environment. Of course, this might affect well-being and satisfaction at work.

However, this question is still an underexplored topic in innovation studies. For the sake of the research, it could be interesting to compare employees working in NSI to employees working in completely independent SI in the future.

Nonetheless, in our opinion the present contribution possesses several qualities that counterbalance these limitations. First, to our knowledge this is one of the first studies to focus on employee differences within the SE universe. This is an important issue because inter-sector comparisons tend to accentuate the perception of intra-group homogeneity, while studying specific subgroups in fundamental to understand the specificities of the nonprofit organisations. Second, it has served to bridge the literatures on employee motivations, SI, and workplace innovation—a theoretical link that had been lacking. We hope that this first attempt will stimulate future research, particularly given the fact that an increasing number of workers are employment in SE—a field of considerable change and innovation.

Acknowledgements We want to thank Olivier Brolis and the two anonymous reviewers for their careful reading of our manuscript, their insightful suggestions resulted in its significant improvement. We also want to thank Olivier Schmitz, Marthe Nyssens, Bruno Gerard, and the members of the support committee of the WISDOM study, for their helpful comments and encouragement during the early phase of the publication process. Finally, we want to thank all the organisations, managers, and workers who agreed to participate in this study.

Funding This study was funded by the Wallonia Region, DGO6 Program: Germaine Tillion (Grant No. 1318203).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest The authors declare that they have no conflict of interest.

Appendix

See Table 6.

Table 6 Correlation coefficients (*r*) of job satisfaction and well-being indicators, proxies of the workplace innovation dimensions and potential control variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Commitment to the workplace															
2	Meaning of work	.643**	1													
3	Emotional exhaustion	-.364**	-.243**	1												
4	Somatic stress symptoms	-.225**	-.120**	.558**	1											
5	Justice	-.016	.025	-.010	.012	1										
6	Trust regarding management	.546**	.381**	-.282**	-.223**	.025	1									
7	Predictability	.514**	.417**	-.222**	-.144**	-.007	.631**	1								
8	Work-family conflict	.441**	.416**	-.189**	-.149**	.000	.565**	.459**	1							
9	Work pace	-.221**	-.120**	.330**	.253**	-.047	-.222**	-.190**	-.145**	1						
10	Place for new ideas	-.219**	-.097**	.284**	.269**	.042	-.254**	-.189**	-.215**	.232**	1					
11	Possibilities for development	.137**	.190**	-.044	.042	-.048	.062	.047	.101**	.102**	.1					
12	Influence on work	.541**	.593**	-.131**	-.044	.014	.372**	.386**	.305**	-.044	.023	.421**	1			
13	Sex (w/m)	.337**	.241**	-.135**	-.096**	-.127**	.366**	.301**	.328**	.009	-.060	.340**	.3996**	1		
14	Age	.013	.009	-.073*	-.064*	-.053	-.013	-.042	-.030	.025	.029	.048	.025	.048	1	
15	Grade	.022	.033	-.050	.011	.066*	.025	-.003	.047	-.088**	.055	-.047	-.043	-.025	-.024	1

Table 6 continued

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
16 Education	.050	.044	-.063*	.012	.113**	.087*	.142**	.093**	-.206**	-.222**	-.178**	-.112**	-.158**	-.226**	.075*	1
17 Contract (perm/fixed term)	-.057	-.024	.014	-.061*	-.098**	-.073*	-.120**	-.065*	.157**	.157**	.067*	.068*	.124**	.137**	-.224**	-.587**

* $p < .05$; ** $p < .01$

References

- Amin, A. (2009). Extraordinarily ordinary: Working in the social economy. *Social Enterprise Journal*, 5(1), 30–49. <https://doi.org/10.1108/17508610910956390>.
- Ayob, N., Teasdale, S., & Fagan, K. (2016). How social innovation “Came to Be”: Tracing the evolution of a contested concept. *Journal of Social Policy*, 45(4), 635–653. <https://doi.org/10.1017/S004727941600009X>.
- Badgett, L. M. V., & Folbre, N. (1999). Assigning care: Gender norms and economic outcomes. *International Labour Review*, 138(3), 311–326. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.1999.tb00390.x>.
- Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of “expert” within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher*, 14(1), 59–70. <https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>.
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*. <https://doi.org/10.1002/job.515>.
- Barraket, J., & Furneaux, C. (2012). Social innovation and social enterprise: Evidence from Australia. In H.-W. Franz, J. Hochgerner (Eds.), *Challenge social innovation* (pp. 215–237). Berlin: Springer.
- Baruch, Y., & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139–1160. <https://doi.org/10.1177/0018726708094863>.
- Benz, M. (2005). Not for the profit, but for the satisfaction? Evidence on worker well-being in non-profit firms. *Kyklos*, 58(2), 155–176. <https://doi.org/10.1111/j.0023-5962.2005.00283.x>.
- Borzaga, C., & Tortia, E. (2006). Worker motivations, job satisfaction, and loyalty in public and nonprofit social services. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35(2), 225–248. <https://doi.org/10.1177/0899764006287207>.
- Bourdieu, P. (1993). The field of cultural production, or: The economic world reserved. In *The field of cultural production: Essays on art and literature*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304422X83900128>.
- Brolis, O., & Angel, V. (2015). Workers’ motivations and managerial practices in not-for-profit social enterprises. In *EMES conferences selected papers series*. EMES. <http://emes.net/publications/conference-papers/5th-emes-conference-selected-papers/workers-motivations-and-managerial-practices-in-not-for-profit-social-enterprises/>.
- Brolis, O., & Nyssens, M. (2015). La qualité des emplois peu qualifiés: la mission de l’entreprise fait-elle une différence? *Economie et Société «Série Socio-Économie Du Travail»*, 7, 1047–1077.
- Callorda Fossati, E., Degavre, F., Bensliman, R., Casini, A., & Schmitz, O. (n.d.). Identifier et sélectionner des cas d’innovation sociale. Les apports de la méthode “Delphi adaptée” à l’élaboration d’un terrain empirique dans le champ de l’accompagnement à domicile des personnes âgées en Wallonie. In *Quelles methodes pour mesurer et decrire les enjeux du vieillissement en matiere d’entraide?* IWEPS.
- Callorda Fossati, E., Degavre, F., & Nyssens, M. (2017). How to deal with an “essentially contested concept” on the field? Sampling social innovations through the Delphi method. *European Public and Social Innovation Review*, 1(2), 45–58.
- Cartwright, S., & Holmes, N. (2006). The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Human Resource Management Review*, 16(2), 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2006.03.012>.

- Cayrol, A., Dufays, F., Marée, M., Mertens, S., O'Shea, N., & Xhauflair, V. (2016). *Baromètre des entreprises sociales en Belgique*. Liège.
- de Cooman, R., de Gieter, S., Pepermans, R., & Jegers, M. (2011). A cross-sector comparison of motivation-related concepts in for-profit and not-for-profit service organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(2), 296–317. <https://doi.org/10.1177/0899764009342897>.
- Defourny, J., & Nyssens, M. (2010). Conceptions of social enterprise and social entrepreneurship in Europe and the United States: Convergences and divergences. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1(920117410), 32–53. <https://doi.org/10.1080/19420670903442053>.
- Degavre, F., & Nyssens, M. (2008). L'innovation sociale dans les services d'aide à domicile. Les apports d'une lecture polanyienne et féministe. *Revue Française de Socio-Économie*, 2, 79–98. <https://doi.org/10.3917/rfse.002.0079>.
- Degavre, F., & Nyssens, M. (2012). *Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*. <http://hdl.handle.net/2078.1/112096>.
- Delp, L., Wallace, S. P., Geiger-Brown, J., & Muntaner, C. (2010). Job stress and job satisfaction: Home care workers in a consumer-directed model of care. *Health Services Research*, 45(4), 922–940. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01112.x>.
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Baker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demand-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>.
- Devaro, J., & Brookshire, D. (2007). Promotions and Incentives in nonprofit and for-profit organizations. *Industrial and Labor Relations Review*, 60, 311–339.
- Djellal, F., & Galloway, F. (2012). Social innovation and service innovation. In H.-W. Franz, J. Hochgerner (Eds.), *Challenge social innovation* (pp. 119–137). Berlin: Springer.
- Eeckelaert, L., Dhondt, S., Oeij, P., Pot, F. D., Nicolescu, G. I., Webster, J., & Elsler, D. (2012). *Review of workplace innovation and its relation with occupational safety and health*. *Eu-Osha*. <http://doi.org/10.2802/50497>
- Evers, A., Ewert, B., & Brandsen, T. (2014). *Social innovations for social cohesion: Transnational patterns and approaches from 20 European cities*.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>.
- Gallie, W. B. (1956). Essentially contested concepts. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 56, 167–198. <https://doi.org/10.2307/4544562>.
- Gilain, B., & Nyssens, M. (2001). Les services d'aide à domicile aux personnes âgées en Belgique. In J.-L. Laville (Ed.), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché, l'aide aux personnes âgées* (pp. 47–65). Paris: La Découverte.
- Grant, A. M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 48.
- Hackman, J., & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hill, E. J., Hawkins, A. J., Ferris, M., & Weitzman, M. (2001). Finding an extra day a week: The positive influence of perceived job flexibility on work and family life balance. *Source: Family Relations*, 50(1), 49–58.
- Jacobsen, H., & Jostmeier, M. (2012). What is social about service innovation? Contributions of research on social innovation to understanding service innovation. In H.-W. Franz, J. Hochgerner (Eds.), *Challenge social innovation* (pp. 107–118). Berlin: Springer.
- Jamieson, A. (1996). *Home care for older people in Europe: A comparison of policies and practices*.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative research: Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311(7001), 376. <http://www.bmj.com/content/311/7001/376>.
- Kameråde, D., & McKay, S. (2015). Is there a subjective well-being premium in voluntary sector employment? *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(6), 2733–2754. <https://doi.org/10.1007/s11266-014-9545-z>.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>.
- Kiss, P., & De Meester, M. (2011). *COPSOQ II Version Française Belgique. Questionnaire élargi*.
- Lanfranchi, J., & Narcy, M. (2008). Différence de satisfaction dans l'emploi entre secteurs à but lucratif et à but non lucratif: Le rôle joué par les caractéristiques d'emploi. *Annals of Public and Cooperative Economics*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2008.00361.x>.
- Larsson, O. S., & Brandsen, T. (2016). The implicit normative assumptions of social innovation research: embracing the dark side. In *Social innovations in the urban context* (pp. 293–302). <http://doi.org/10.1007/978-3-319-21551-8>
- Lee, Y.-J. (2016). Comparison of job satisfaction between nonprofit and public employees. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 45(2), 295–313. <https://doi.org/10.1177/0899764015584061>.
- Mirvis, P. H., & Hackett, E. J. (1983). Work and work force characteristics in the nonprofit sector. *Monthly Labor Review*, 106(4), 3–12.
- Mulgan, G. (2006). The process of social innovation. *Innovations*, 12, 145–162. <https://doi.org/10.1162/itgg.2006.1.2.145>.
- Nicholls, A., Simon, J., & Gabriel, M. (2016). *Introduction: Dimensions of social innovation* (pp. 1–26). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1057/9781137506801_1.
- Nyssens, M. (2015). Innovation sociale et entreprise sociale: quels dialogues possibles? Une perspective européenne. *La Transformation Sociale Pas L'innovation Sociale*. <http://hdl.handle.net/2078.1/152306>.
- Pauly, D., Alder, J., Bennett, E., Christensen, V., Tyedmers, P., & Watson, R. (2003). *Report on a long-range forecasting study*. *Science (New York, N.Y.)* (Vol. 302). <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2005/P2982.pdf>.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 suppl), 8–24.
- Pol, E., & Ville, S. (2009). Social innovation: Buzz word or enduring term? *Journal of Socio-Economics*, 38(6), 878–885. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.02.011>.
- Popa, F., Guillermin, M., & Dedeurwaerdere, T. (2015). A pragmatist approach to transdisciplinarity in sustainability research: From complex systems theory to reflexive science. *Futures*, 65, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2014.02.002>.
- Pot, F., Dhondt, S., & Oeij, P. (2012). Social innovation of work and employment. In H.-W. Franz, J. Hochgerner (Eds.), *Challenge social innovation* (pp. 261–274). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-32879-4_16.
- Pue, K., Vandergeest, C., & Breznitz, D. (2016). *Toward a theory of social innovation*. *Innovation Policy Lab White Paper* (Vol. 1).
- Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of organizational change: A stress and coping perspective. *The Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1154–1162. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1154>.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Schepers, C., Gieter, S., Pepermans, R., Bois, C., Caers, R., & Jegers, M. (2005). How are employees of the nonprofit sector motivated? A research need. *Nonprofit Management & Leadership*, 16(2), 191–208.
- Schultz, J. S., André, B., & Sjøvold, E. (2015). Demystifying eldercare: Managing and innovating from a public-entity's perspective. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 42–57. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000097>.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. In M. Nussbaum (Eds.), *The quality of life* (pp. 30–53). Oxford: Clarendon Press. <https://doi.org/10.1093/0198287976.001.0001>.
- Shier, M. L., & Handy, F. (2015). From advocacy to social innovation: A typology of social change efforts by nonprofits. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(6), 2581–2603. <https://doi.org/10.1007/s11266-014-9535-1>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>.
- Thompson, C. G., Kim, R. S., Aloe, A. M., & Becker, B. J. (2017). Extracting the variance inflation factor and other multicollinearity diagnostics from typical regression results. *Basic and Applied Social Psychology*, 39(2), 81–90. <https://doi.org/10.1080/01973533.2016.1277529>.
- Vakola, M., & Nikolaou, I. (2005). Attitudes towards organizational change. *Employee Relations*, 27(2), 160–174. <https://doi.org/10.1108/01425450510572685>.
- Weber, M., & Mills, C. W. (1946). *From Max Weber: Essays in sociology* (trans: H. Gerth & C. Wright Mills, Eds.). New York: Oxford University.

Annexe 2 : Questionnaire sur le bien-être au travail COPSOQ II (Etude 3)



RECHERCHE WISDOM :

Questionnaire sur le bien-être des travailleur.euse.s du secteur de l'accompagnement à domicile dans les entreprises sociales en Wallonie

Chère participante, Cher participant,

Vous êtes invité.e à participer à une enquête par questionnaire sur le bien-être au travail dans le cadre d'une recherche interuniversitaire intitulée 'WISDOM' sur les innovations sociales dans le secteur de l'accompagnement à domicile dans les entreprises sociales en Wallonie.

Vous trouverez dans les pages suivantes, un questionnaire comportant une série de questions relatives à votre bien-être, votre ressenti et votre implication au travail. Votre participation à cette enquête est volontaire et très précieuse car elle permettra aux chercheur.e.s d'analyser de manière approfondie le bien-être des travailleur.euse.s dans le secteur de l'accompagnement à domicile en Wallonie.

Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses : seule votre opinion et votre expérience nous intéressent. Nous vous demandons donc de répondre de votre mieux à toutes les questions. Il est important pour les chercheur.e.s d'avoir un maximum de questionnaires remplis de manière à ce que les résultats puissent refléter le plus possible la réalité. Le temps de réponse au questionnaire sera d'environ 20 minutes.

Nous vous garantissons que vos réponses resteront strictement confidentielles. Les données seront traitées de manière globale et les résultats présentés sous forme de statistiques anonymisées. Cette enquête a été soumise à l'évaluation auprès du Comité d'éthique d'Erasmus-ULB.

Afin d'obtenir les résultats les plus représentatifs possibles de la réalité du secteur, nous reprendrons contact avec vous dans un an environ pour vous demander de répondre une 2e fois, si vous le souhaitez, au même questionnaire. Ainsi, afin de pouvoir comparer vos réponses actuelles à celles que vous donnerez dans le futur, nous vous demandons de nous fournir un code personnel et anonyme (voir encadré ci-dessous) qui nous permettra de repérer les 2 questionnaires auxquels vous avez répondu sans risque pour vous d'être reconnu.e.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter par mail à l'adresse suivante : rabensli@ulb.ac.be

Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration.

Annalisa Casini

Institut de Recherche en Sciences Psychologiques
et CIRTES, Université Catholique de Louvain

Rachida Bensliman et Céline Mahieu

Centre de Recherche CRISS 'Approches Sociales de la Santé'
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

CODE PARTICIPANT.E. - Veuillez indiquer dans les 4 cases :

Case 1 : La première lettre du prénom de votre mère (ex. : la lettre **E** si son prénom est Elise)

Case 2 : La première lettre du nom de jeune fille de votre mère (ex. : la lettre **R** si son nom est Ramirez)

Case 3 : Le dernier chiffre de votre jour de naissance (ex. : le chiffre **6** si vous êtes né.e le 06 juin 1973)

Case 4 : Le dernier chiffre de votre année de naissance (ex. : le chiffre **3** si vous êtes né en 1973)

--	--	--	--

Case 1

Case 2

Case 3

Case 4

Date de remplissage du questionnaire : ____/____/2016

PARTIE 1 : VOTRE SANTÉ ET VOTRE BIEN-ÊTRE

Pour commencer, nous allons vous poser quelques questions concernant votre santé et votre bien-être. Pour répondre, veuillez cocher la case (une seule) qui correspond le mieux à votre opinion :

	<i>excellente</i>	<i>très bonne</i>	<i>bonne</i>	<i>assez bonne</i>	<i>mauvaise</i>
1. En général, diriez-vous que votre santé est :	<input type="checkbox"/>				

2. Les questions suivantes ont trait aux 4 dernières semaines (veuillez répondre à toutes les questions SVP) A quelle fréquence vous est-il arrivé...	<i>tout le temps</i>	<i>une grande partie du temps</i>	<i>une partie du temps</i>	<i>une petite partie du temps</i>	<i>jamais</i>
2a ... d'avoir un sommeil mauvais et agité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b ... de vous sentir épuisé.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c ... d'avoir des difficultés pour aller dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d ... de vous sentir épuisé.e physiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e ... d'être émotionnellement épuisé.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2f ... de vous réveiller trop tôt et de ne plus pouvoir ensuite vous rendormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2g ... de vous être senti.e fatigué.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2h ... d'être souvent réveillé.e et d'avoir eu des difficultés pour vous rendormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2i ... d'avoir eu des difficultés à vous détendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2j ... de vous sentir irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2k ... d'avoir eu des maux d'estomac ou des problèmes gastriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2l ... d'être tendu.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2m ... d'avoir eu des maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2n ... d'avoir eu des difficultés pour prendre des décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2o ... d'être stressé.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2p ... d'avoir eu des palpitations cardiaques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2q ... de ressentir des tensions musculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu des douleurs ou gênes...	<i>oui</i>	<i>non</i>
3a ... dans la nuque/haut du dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b ... aux poignets/mains/doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c ... dans le bas du dos / aux lombaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3d ... aux genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous été obligé.e de diminuer vos activités à cause de ces douleurs ou gênes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous dû changer de travail ou de tâche à cause de ces douleurs ou gênes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été examiné.e par un.e médecin, un.e kinésithérapeute, un.e chiropraticien.ne ou un.e autre thérapeute pour ces douleurs ou gênes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dans quelle mesure pensez-vous que ces douleurs ou gênes sont liées aux facteurs suivants:	<i>pas du tout</i>	<i>un peu</i>	<i>oui, en partie</i>	<i>tout à fait</i>
7a ... Votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b ... Vos activités en dehors du travail, par exemple loisirs, vie privée et vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Les prochaines questions portent sur la manière dont votre travail affecte votre vie privée et familiale:	<i>oui souvent</i>	<i>oui, parfois</i>	<i>rarement</i>	<i>non, jamais</i>
8a. Avez-vous le sentiment qu'il y a un conflit entre votre vie privée et vie professionnelle de telle sorte que vous voudriez être aux 2 endroits à la fois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement d'énergie qu'il a un effet négatif sur votre vie privée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement de temps qu'il a un effet négatif sur votre vie privée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. Vos amis ou votre famille vous disent-ils que vous travaillez trop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Les prochaines questions portent sur vous et votre personnalité en général, dans la vie comme au travail. Dans quelle mesure les affirmations suivantes sont-elles conformes à votre personne ? (SVP, une seule case par question)	<i>s'applique parfaitement</i>	<i>s'applique bien</i>	<i>s'applique un peu</i>	<i>ne s'applique pas du tout</i>	<i>pas d'application</i>
9a. Je parviens toujours à trouver une solution aux problèmes difficiles si je m'investis pleinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b. Si certaines personnes me mettent des bâtons dans les roues, je trouve une manière de m'en sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9c. Il m'est facile de m'en tenir à mes projets et d'atteindre mes objectifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9d. Je suis convaincu.e de pouvoir faire face à des événements imprévus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9e. En cas de problème, je peux le plus souvent trouver plusieurs manières de le solutionner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9f. Quoi qu'il arrive, en général je sais comment m'y prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 2 : VOTRE TRAVAIL

Les questions de cette section se réfèrent à votre travail. A nouveau, veuillez répondre en cochant la case (une seule) qui correspond le mieux à votre opinion.

	<i>toujours</i>	<i>souvent</i>	<i>parfois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais/ presque jamais</i>
10. Votre travail engendre-t-il des situations qui vous perturbent émotionnellement ?	<input type="checkbox"/>				
11. Devez-vous travailler très rapidement ?	<input type="checkbox"/>				
12. Avez-vous une grande marge d'autonomie sur votre travail ?	<input type="checkbox"/>				
13. Votre travail exige-t-il que vous apportiez des idées neuves ?	<input type="checkbox"/>				
14. Dans votre travail, devez-vous composer avec les problèmes personnels des autres ?	<input type="checkbox"/>				
15. Avez-vous votre mot à dire dans le choix des personnes avec qui vous travaillez ?	<input type="checkbox"/>				
16. Avez-vous de l'influence sur ce que vous faites au travail ?	<input type="checkbox"/>				
17. Votre travail implique-t-il la prise de décisions difficiles ?	<input type="checkbox"/>				
17a. Avez-vous suffisamment de temps pour faire votre travail ?	<input type="checkbox"/>				
18. Pouvez-vous influencer la quantité de travail qui vous est attribuée ?	<input type="checkbox"/>				
19. Combien de fois vous arrive-t-il d'envisager de chercher un autre travail ?	<input type="checkbox"/>				
20. Avez-vous votre mot à dire sur l'organisation du travail et les conditions du travail au sein de votre entreprise ?	<input type="checkbox"/>				
21. Avez-vous votre mot à dire quant à la définition des buts de production/offre de service de votre entreprise ?	<input type="checkbox"/>				

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse (une seule case par question) Si vous n'avez pas de collègues de travail, cochez "pas applicable"	<i>toujours</i>	<i>souvent</i>	<i>parfois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais/ presque jamais</i>	<i>pas d'application</i>
22. Combien de fois vous arrive-t-il que vos collègues vous aident et vous soutiennent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23. Combien de fois vos collègues sont-ils disposés à écouter vos problèmes au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24. Combien de fois vos collègues vous disent-ils le bien qu'ils pensent du travail que vous effectuez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25. Dans votre travail est-il nécessaire de travailler continuellement à un rythme élevé ?	<input type="checkbox"/>					
26. Votre travail est-il émotionnellement exigeant ?	<input type="checkbox"/>					
27. Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ?	<input type="checkbox"/>					
28. Votre travail a-t-il du sens pour vous ?	<input type="checkbox"/>					
29. A votre travail, êtes-vous informé.e suffisamment à l'avance, par exemple, des décisions importantes, des changements, des projets d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30. Êtes-vous inquiet.e de perdre votre emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31. Votre travail est-il reconnu et apprécié par la direction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
32. Votre travail est-il reconnu et apprécié par les collègues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
33. Y a-t-il de bonnes perspectives de promotion dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
34. Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important ?	<input type="checkbox"/>					
35. Recommanderiez-vous à un ami proche de solliciter un emploi là où vous travaillez ?	<input type="checkbox"/>					
36. Les nouvelles technologies menacent-elles votre sécurité d'emploi?	<input type="checkbox"/>					
37. Au travail, êtes-vous respecté.e par la direction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
38. Etes-vous émotionnellement impliqué.e dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>					
39. Pouvez-vous utiliser vos compétences et votre expertise dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>					
40. Aimez-vous parler de votre travail aux autres ?	<input type="checkbox"/>					
41. Recevez-vous toutes les informations dont vous avez besoin pour bien faire votre travail ?	<input type="checkbox"/>					
42. Êtes-vous inquiet.e d'être muté.e à un autre poste de travail contre votre gré ?	<input type="checkbox"/>					
43. Etes-vous traité.e équitablement au travail ?	<input type="checkbox"/>					
44. Êtes-vous inquiet.e d'éprouver des difficultés à trouver un autre emploi, si vous perdiez le vôtre ?	<input type="checkbox"/>					
45. Avez-vous la possibilité d'apprendre de nouvelles choses par votre travail ?	<input type="checkbox"/>					
46. Vous sentez-vous motivé.e et impliqué.e dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>					
47. Votre salaire est-il équitable en relation avec votre investissement dans le travail ?	<input type="checkbox"/>					
48. Travaillez-vous à un rythme élevé durant toute la journée ?	<input type="checkbox"/>					
49. Votre travail vous donne-t-il la possibilité de développer vos compétences ?	<input type="checkbox"/>					

	<i>toujours</i>	<i>souvent</i>	<i>parfois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais/ presque jamais</i>	<i>pas d'application</i>
50. Avez-vous le sentiment que votre institution /entreprise/association revêt une grande importance pour vous ?	<input type="checkbox"/>					
51. La direction fait-elle confiance aux travailleur.se.s quant à leur capacité à bien faire leur travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
52. Les hommes et les femmes sont-ils.elles traité.e.s de la même manière au travail ?	<input type="checkbox"/>					
53. Les conflits sont-ils résolus de manière équitable ?	<input type="checkbox"/>					
54. Pensez-vous qu'il faut avoir certaines compétences pour influencer la prise de décision de la direction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
55. Les travailleur.euse.s sont-ils appréciés par la direction lorsqu'ils ont effectué du bon travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
56. Y a-t-il une place pour des travailleur.euse.s ayant une origine ethnique ou une religion différente ?	<input type="checkbox"/>					
57. Y a-t-il une place pour des travailleur.euse.s plus âgé.e.s ?	<input type="checkbox"/>					
58. La direction traite-t-elle sérieusement toutes les propositions faites par les travailleur.euse.s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
59. Y a-t-il une place pour des travailleur.euse.s atteints de problème de santé divers ou de handicap?	<input type="checkbox"/>					
60. Le travail est-il partagé équitablement ?	<input type="checkbox"/>					
61. Souhaitez-vous participer à la prise de décision relative à l'organisation et aux conditions de travail ?	<input type="checkbox"/>					
62. Dans vos relations avec les bénéficiaires des services, leurs familles, ou d'autres publics, vous arrive-t-il de vivre des moments très positifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
63. Dans vos relations avec les bénéficiaires des services, leurs familles, ou d'autres publics, vous arrive-t-il d'être confronté à des situations très pénibles pour vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

64. De quelles ressources disposez-vous pour gérer les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les bénéficiaires, leurs familles ou d'autres publics ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> je dispose de consignes ou d'indications pour y faire face <input type="checkbox"/> j'ai reçu une formation pour y faire face <input type="checkbox"/> je peux échanger sur ces difficultés lors de réunions organisées <input type="checkbox"/> je peux échanger sur ces difficultés avec des collègues de façon informelle <input type="checkbox"/> autre : _____
--	--

	<i>oui, tous les jours</i>	<i>oui, toutes les semaines</i>	<i>oui, tous les mois</i>	<i>oui, quelques fois</i>	<i>non</i>
65. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été exposé.e à des menaces ou à de la violence au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65a. Si oui, par qui ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> collègues <input type="checkbox"/> subordonnés		<input type="checkbox"/> manager/supérieur <input type="checkbox"/> clients/usagers/patients		

	<i>toujours</i>	<i>souvent</i>	<i>parfois</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais/ presque jamais</i>	<i>pas d'application</i>
66. Combien de fois votre supérieur direct est-il disposé à écouter vos problèmes au travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
67. Combien de fois recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur direct ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
68. Combien de fois votre supérieur direct s'entretient-il avec vous du bon travail que vous effectuez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

69. Dans mon institution...	<i>dans une très grande mesure</i>	<i>dans une grande mesure</i>	<i>partiellement</i>	<i>dans une faible mesure</i>	<i>dans une très faible mesure</i>	<i>je ne sais pas</i>
69a. La santé des travailleur.euse.s est une question importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69b. Suffisamment d'efforts sont faits pour protéger la santé des travailleur.euse.s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69c. L'ensemble des espaces de travail sont conçus pour préserver la santé et la sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69d. La sécurité des travailleur.euse.s est suffisamment prise en compte lors de l'achat de matériel nouveau (meubles, matériel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69e. Tou.te.s les travailleur.euse.s prêtent attention aux comportements qui contribuent à des conditions de travail saines, sûres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69f. Les travailleur.euse.s sont suffisamment informé.e.s à propos des politiques concernant la santé et la sécurité au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69g. Les initiatives concernant le sport, la culture, l'environnement, l'alimentation, la santé et le bien-être sont activement promues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69h. Il y a une politique active de promotion de la santé ¹ pour les travailleur.euse.s et leurs familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69i. Nos produits/services sont développés en utilisant des matières premières et produits sains et écologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69j. Nos produits/services contribuent au maintien ou à l'amélioration de la santé des bénéficiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69k. Dans quelle mesure trouvez-vous que votre supérieur immédiat s'assure que chaque membre de l'équipe ait de bonnes possibilités de développement personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Indiquez, pour les **12 derniers mois** vos absences au travail, pour cause de **maladie ou accident** (= donc pour toute l'année précédente):

70a. Nombre d'absences : _____

70b. Nombre d'absences de plus de 15 jours : _____

70c. Nombre total de jours (jours calendriers = du lundi jusqu'au dimanche inclus) : _____ jours

71. L'année dernière , vous est-il arrivé de venir travailler malgré le fait que vous étiez malade ?	<input type="checkbox"/> <i>jamais</i>	<input type="checkbox"/> <i>2 à 5 fois</i>
	<input type="checkbox"/> <i>1fois</i>	<input type="checkbox"/> <i>plus de 5 fois</i>
Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?	<i>oui</i>	<i>non</i>
71a. Je me sens responsable de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71b. Si je ne travaille pas très dur, je risque de perdre mon emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71c. Si on n'est pas tout à fait malade, il faut aller travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71d. Je ne veux pas surcharger mes collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Si vous êtes absent.e durant plus d'une semaine, quelle est la proportion de vos tâches que vous devez reprendre à votre retour ?	<input type="checkbox"/> <i>rien, ou juste une petite proportion</i> <input type="checkbox"/> <i>à peu près moins de la moitié</i> <input type="checkbox"/> <i>à peu près plus de la moitié</i> <input type="checkbox"/> <i>quasiment tout mon travail</i>	

¹ Par 'Promotion de la santé', on entend les moyens mis en œuvre pour permettre aux personnes d'avoir plus de contrôle sur leur santé et de l'améliorer.

PARTIE 3 : INFORMATIONS GENERALES

Dans cette 3^e partie du questionnaire, nous souhaitons obtenir quelques renseignements sur vous-même (pour rappel, toutes les données seront traitées de manière anonyme et confidentielle).

73. Vous êtes :	<input type="checkbox"/> une femme <input type="checkbox"/> un homme
74. Quel âge avez-vous ?	_____ ans
75. Quelle est votre langue maternelle ?	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> autre : _____
76. Êtes-vous né.e en Belgique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
76a. Si vous n'êtes pas né.e en Belgique, à quel âge y êtes-vous arrivé.e ?	à _____ ans
76b. Quel est votre pays d'origine ?	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Luxembourg <input type="checkbox"/> Italie <input type="checkbox"/> Espagne <input type="checkbox"/> Pologne <input type="checkbox"/> Roumanie <input type="checkbox"/> Maroc <input type="checkbox"/> Autre : _____

77. Comment vivez-vous actuellement? (pour le nombre d'enfants, plusieurs cases possibles)	<input type="checkbox"/> seul.e <input type="checkbox"/> seul.e, avec au moins un enfant de 0 à 12 ans <input type="checkbox"/> seul.e, avec enfant.s de 13 ans ou plus	<input type="checkbox"/> en couple ou en colocation, sans enfant <input type="checkbox"/> en couple ou en colocation, avec au moins un enfant de 0 à 12 ans <input type="checkbox"/> en couple ou en colocation, avec enfant.s de 13 ans ou plus
---	---	--

78. Quel est votre niveau d'étude ?	<input type="checkbox"/> pas de diplôme ou diplôme primaire <input type="checkbox"/> études secondaires inférieures <input type="checkbox"/> études secondaires supérieures (général, technique, artistique ou professionnel)	<input type="checkbox"/> supérieur, niveau bachelor (anciennement 'graduat' ou candidatures) <input type="checkbox"/> supérieur, niveau licence/master (y compris master complémentaire, certificat d'université, etc.) <input type="checkbox"/> doctorat
-------------------------------------	---	---

79. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de votre institution/entreprise/association ?	_____ années Si moins d'un an: _____ mois
---	--

80. Travaillez-vous dans un.e de ces projets/initiatives?	<input type="checkbox"/> 1 Toit 2 âges <input type="checkbox"/> Alternative de soins <input type="checkbox"/> C'est ma vie ! <input type="checkbox"/> Donner du souffle à la vie <input type="checkbox"/> Garde à domicile Alzheimer <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile <input type="checkbox"/> Le Lion Solidaire <input type="checkbox"/> Le Petit Nid d'Houyet <input type="checkbox"/> Maison d'accueil communautaire	<input type="checkbox"/> Maison médicale de Ransart <input type="checkbox"/> La Navette <input type="checkbox"/> Observance thérapeutique/Pilulier électronique <input type="checkbox"/> Plateforme Alzheimer de la Province du Luxembourg <input type="checkbox"/> Projet Smartphone : du F54 au e-54 <input type="checkbox"/> non
---	--	--

	<i>pas du tout</i>	<i>un peu</i>	<i>oui, en partie</i>	<i>tout à fait</i>
81. Dans quelle mesure pensez-vous que ce projet/initiative est innovant.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :				
82a. Si je ne travaillais pas pour ce projet/initiative ma vie professionnelle serait moins satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82b. Travailler dans ce projet/initiative en particulier m'a permis d'évoluer et de développer mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82c. J'ai participé à la création et la mise en place de ce projet/initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Votre profession actuelle appartient à quelle catégorie listée ci-contre ?	<input type="checkbox"/> directeur.trice.s, cadres de direction et gérant.e.s <input type="checkbox"/> professions intellectuelles et scientifiques (ex. : médecin, cadre infirmier.ère, sages-femmes, enseignant.e, etc.) <input type="checkbox"/> professions intermédiaires (ex. : personnel infirmier et sage-femme de niveau intermédiaire, comptable, secrétaire d'administration, etc.) <input type="checkbox"/> employé.e.s de type administratif (ex. : secrétaire, guichetier.ère.s, téléphoniste-standardiste, réceptionniste) <input type="checkbox"/> personnel des services directs aux particuliers, bénéficiaires, commerçants et vendeurs (ex. : cuisinier.ère, coiffeur.euse, esthéticien.ène, concierge, aide-soignant.e, etc.) <input type="checkbox"/> artisans et ouvriers des métiers de type artisanal (ex. : maçon.ne, couvreur.euse, charpentier.ère, etc.) <input type="checkbox"/> professions non qualifiés (ex. : aide de ménage à domicile, agent.e d'entretien dans les bureaux, personnel de lavage et repassage de linge, laveur.euse de vitres, aides de cuisine,...)	
84. Quelle est, plus précisément, votre profession actuelle (votre tâche principale)? _____		
85. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction ?	_____ années	Si moins d'un an: _____ mois
86. Quel est votre statut ?	<input type="checkbox"/> ouvrier.e (salarié.e) <input type="checkbox"/> employé.e (salarié.e) <input type="checkbox"/> ouvrier.e (fonctionnaire) <input type="checkbox"/> employé.e (fonctionnaire) <input type="checkbox"/> intérimaire <input type="checkbox"/> titres-services	<input type="checkbox"/> indépendant.e <input type="checkbox"/> apprenti.e <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> chômeur.euse mis au travail <input type="checkbox"/> bénévole
87. Sous quel type de contrat êtes-vous engagé.e ?	<input type="checkbox"/> à durée indéterminée <input type="checkbox"/> à durée déterminée	<input type="checkbox"/> statutaire
88. Si votre contrat n'est pas définitif, sera-t-il prolongé ?	<input type="checkbox"/> oui certainement <input type="checkbox"/> oui probablement	<input type="checkbox"/> non probablement <input type="checkbox"/> non certainement <input type="checkbox"/> je ne sais pas
89. Quel est le nombre total d'heures rémunérées par semaine ?	_____ heures	
90. Combien d'heures prestez-vous au total par semaine (rémunérées ou non) ?	_____ heures	
91. En dehors de cette activité dans l'entreprise, avez-vous un statut complémentaire donnant lieu à une rémunération ou d'autres revenus?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, salarié.e <input type="checkbox"/> oui, indépendant.e <input type="checkbox"/> oui, chômeur.euse mis au travail	<input type="checkbox"/> oui, chômeur.euse (partiel) <input type="checkbox"/> oui, pensionné.e (partiel) <input type="checkbox"/> oui, autre _____
		<i>oui</i> <i>non</i>
92. Êtes-vous affilié.e à un syndicat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Êtes-vous délégué.e syndical.e (ou rôle équivalent) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Faites-vous partie d'un organe de décision (AG, AG, Comité de Gestion, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration et le temps que vous avez consacré à répondre ce questionnaire. Si vous avez éprouvé des difficultés à compléter le questionnaire, veuillez indiquer les raisons ci-dessous. Par ailleurs, toutes suggestions ou commentaires écrits concernant cette enquête nous seront de grande utilité. N'hésitez donc pas à les rédiger ci-dessous.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !
