

Faculté de santé publique

**Les constituants du leadership
transformationnel sont-ils
pertinents dans la gestion des
unités de soins pour le bien-être du
personnel et son efficacité ?**

Mémoire réalisé par
Maverick Mulpas

Promoteur(s)
Frédéric Thys

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Les constituants du leadership
transformationnel sont-ils
pertinents dans la gestion des
unités de soins pour le bien-être du
personnel et son efficacité ?**

Mémoire réalisé par
Maverick Mulpas

Promoteur(s)
Frédéric Thys

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier le promoteur de mon mémoire, Monsieur Frédéric Thys, pour avoir accepté de m'encadrer et pour les précieux conseils donnés tout au long de l'avancement de ce travail.

Je remercie la direction du département infirmier de la Clinique St Pierre Ottignies pour m'avoir permis d'effectuer mon enquête au sein de l'institution. Merci surtout à tous mes collègues qui ont participé à mon questionnaire et qui ont, de cette manière, contribué à l'obtention d'un maximum de données.

Merci à Monsieur Alain Guillet pour m'avoir épaulé sur mes questionnements statistiques.

Enfin, je remercie ma compagne ainsi que mes proches, amis, famille pour le soutien apporté et les avis donnés durant cette année académique 2020-2021.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, . . .) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	1
1.1.	État des lieux des hôpitaux	1
1.2.	Le leadership transformationnel, une conduite pertinente ?	1
1.3.	Plan de ce mémoire	2
I.	Partie théorique	5
2.	Le leadership transformationnel, pratiques et constituants	7
2.1.	Les 4 « I » du leadership transformationnel par Bass et Avolio [13]	8
2.2.	Les 5 pratiques d'un meilleur leader par Kouzes et Posner [14]	9
2.3.	Le TFL dans un milieu de soins	10
2.4.	Lien entre intelligence émotionnelle et TFL	11
3.	La gestion d'une équipe dans le domaine de la santé	12
4.	Le bien-être des soignants	15
5.	L'efficacité d'une équipe soignante	17
6.	Synthèse et définition de la question de recherche	19
II.	Partie pratique	21
7.	Méthodes	23
7.1.	L'approche	23
7.2.	Le questionnaire	23
7.3.	Echantillonnage	26
8.	Résultats	28
8.1.	Echantillon obtenu	28
8.2.	Age et ancienneté des répondants	30
8.3.	Le bien-être des soignants	31
8.4.	La performance des soignants	32
8.5.	Importance du TFL d'après les indicateurs de Bass et Avolio [13]	33
8.6.	Importance du leadership d'après Kouzes et Posner [14]	35

8.7. Relation entre leadership transformationnel et bien-être	37
8.8. Relation entre leadership transformationnel et performance	42
8.9. Amélioration du bien-être et de la performance : l'avis des répondants	44
9. Discussion	46
9.1. Résultats : interprétations et constatations.....	46
9.2. Limites et forces de l'étude.....	51
9.3. Recommandations.....	53
10. Conclusion.....	55
Bibliographie	57
Annexes	62
Les 3 questionnaires utilisés lors de l'enquête	62

1. Introduction

Divisée en 3 parties, l'introduction débute avec une explication du contexte et des raisons ayant mené à entreprendre ce travail. S'en suit une partie centrée sur le leadership transformationnel pour terminer avec la démarche et les objectifs poursuivis par ce mémoire.

1.1. État des lieux des hôpitaux

Actuellement en Belgique, l'hôpital s'observe comme étant un système complexe et adaptatif [1] marqué par la définition de normes, leurs applications et réarticulations. Son fonctionnement adopte donc, un cycle appelant à la polyvalence et à l'implication de son personnel.

De plus, suite notre expérience et à nos recherches, nous constatons que le domaine des soins est affecté par une série de changements récurrents dans son organisation. En effet, citons le turn-over croissant des patients [2] mais aussi, celui des membres du personnel soignant [3], le nombre de maladies professionnelles en augmentation avec le stress comme facteur principal d'épuisement professionnel [4], l'affectation du bien-être physique et moral des soignants [2], l'application des nouvelles procédures qualité (accréditation), etc. Ces différents points impactent l'ensemble du système, notamment en augmentant la charge de travail et en diminuant la cohésion des collaborateurs au sein des équipes.

Tout cela nous amène à nous questionner sur le futur des professions soignantes et sur les solutions à mettre en œuvre pour répondre à la problématique relatée en amont.

1.2. Le leadership transformationnel, une conduite pertinente ?

Le leader transformationnel s'apparente à un style de leadership particulier. Il suscite l'engagement des collaborateurs vers une nouvelle vision, marquée par des changements de comportements et de valeurs au sein du groupe. De fait, il va plus loin que dans une stratégie de contrôle en appelant à l'innovation et en transformant ses membres. Aussi, il émet un intérêt individuel pour chaque membre de l'équipe et tente de maximiser leur motivation en les aidant à atteindre un niveau supérieur de compétences [5].

De multiples études ont aujourd'hui, démontré les impacts réels du leadership transformationnel au sein des organisations dans lesquelles il est pratiqué. En effet, il présente la possibilité de favoriser l'engagement et le bien-être des employés mais aussi, ouvre les portes à l'innovation tout en tentant de maximiser l'autonomie de chacun [6].

Selon Poghosyan L. et Bernhardt J., le leadership transformationnel est l'une des conduites les plus reconnues quant à l'amélioration de l'efficacité des individus et des équipes [7]. Dans le domaine de la santé, les résultats affichent une optimisation de l'engagement organisationnel, la productivité, la satisfaction au travail, la performance des praticiens et un impact sur la sécurité des patients [7].

En Belgique, peu de littérature permet de rendre compte du leadership employé en milieu de soins. Néanmoins, selon un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), nous remarquons qu'un seul hôpital a reçu l'accréditation « Magnet Hospital » (en obtenant de bons scores dans les 5 items suivants : leadership transformationnel, responsabilisation structurelle, pratique professionnelle exemplaire, nouvelles connaissances, innovations et améliorations, et résultats empiriques) [8]. Aussi, les scores attribués au leadership présentent une corrélation positive avec les programmes de formation et de développement des compétences [8]. Ce même rapport souligne, « *un bon leadership a un impact positif. Plus le score de leadership est élevé, plus le risque d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter l'hôpital, est faible. De plus, la participation des infirmiers à la politique hospitalière permet de réduire significativement le risque d'épuisement émotionnel et d'insatisfaction au travail* » [8]. Cependant, aucune donnée chiffrée ne spécifie le modèle de leadership mis en application.

1.3. Plan de ce mémoire

Tout d'abord, le cadre théorique permet de décortiquer les différents constituants du leadership transformationnel. Ajouté à cela, il détaille les thèmes principaux abordés dans ce mémoire, à savoir, la gestion d'équipe, le bien-être des soignants et l'efficacité du groupe.

En second lieu, les questionnaires portant sur les items cités ci-dessus, sont présentés. Ceux-ci constituent l'outil primordial à notre recherche, permettant d'établir la situation actuelle de travail et les espérances du personnel soignant interrogé. Pour ce faire, des échelles existantes sont regroupées afin d'obtenir des données les plus valides possible.

Ensuite, les données sont récoltées et donnent lieu à une production de statistiques sur le sujet. Cela a pour but d'analyser le déroulement du travail de terrain, la perception qu'en ont les acteurs et d'objectiver si le leadership transformationnel offre la possibilité de répercussions positives sur une équipe de soins.

Finally, the realization of a discussion and the conclusion of the whole of our work, close this memoir. The limits of the latter as well as various recommendations are also formulated.

The objective of this study is therefore, to measure if the components of transformational leadership benefit the well-being of the care staff and to their efficiency in a team (in units of hospitalizations of surgery and/or of medicine).

I. PARTIE THÉORIQUE

2. Le leadership transformationnel, pratiques et constituants

Pour commencer, Northouse P. G. définit le leadership comme étant « *le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun* » [9].

Il est important de distinguer le leader du gestionnaire ou du chef. Bien qu'un gestionnaire puisse être un bon leader, leurs capacités et missions respectives ne sont pas directement liées. Le gestionnaire joue surtout un rôle de contrôle en s'assurant de maintenir un certain niveau d'activités, respectant les différents protocoles et en agissant de manière conformiste. Tandis que le leader s'appuie sur une vision qu'il propose pour élaborer des objectifs à long terme et créer du changement [5]. Effectivement, le leadership ne se limite pas à mener autrui vers l'objectif mais implique aussi les collaborateurs à une modification de comportement, une mobilisation accrue. Le leader évite de s'appuyer sur son pouvoir légitime au sein de l'organisation. Au contraire, il tente de motiver les individus de manière volontaire en provoquant leur propre adhésion [10].

En ce qui concerne le leadership transformationnel, son style bien spécifique se rapporte à de multiples compétences pouvant être enseignées. Une étude de ce dernier dans les soins infirmiers énumère qu'un changement transformationnel est vu comme une solution potentielle en termes de sécurité des patients car ses caractéristiques sont corrélées positivement à la performance organisationnelle [11].

Le TFL (Transformational Leadership), étant en général adopté par des individus charismatiques et innovants, est censé augmenter la satisfaction au travail en permettant une meilleure autonomie des collaborateurs. La participation est aussi une des composantes qui lui est associée [11]. Aussi, nous devons retenir que certaines compétences sont essentielles à maîtriser pour ce type de leader. Par exemple, Thompson en souligne quelques-unes telle que : savoir faciliter l'apprentissage du personnel, la capacité du dirigeant à travailler avec autrui de manière responsable, avoir un sens critique et savoir établir une communication efficace dans le but de clarifier un problème, échafauder des solutions et autoriser la participation dans la prise de décision [12].

Une description plus détaillée des pratiques d'un bon leader et des constituants du TFL est nécessaire pour en comprendre les fondements. Celle-ci est élaborée sur base de 2 groupes d'auteurs cités ci-après. Ces derniers ont été choisis car l'un est considéré comme précurseur des constituants du TFL et l'autre comme novateur du développement d'un leadership exemplaire. Cependant, il est nécessaire d'énoncer que la mesure d'un type de leadership précis

au sein d'un groupe est une tâche ardue. Cela, au vu des difficultés à identifier et différencier les multiples attributs de façon évidente dans une hétérogénéité de style de leadership [11]. Cela est à prendre en compte lors de notre enquête en deuxième partie.

2.1. Les 4 « I » du leadership transformationnel par Bass et Avolio [13]

En 1994, les constituants du TFL ont été identifiés par Bass et Avolio. Ceux-ci sont primordiaux afin d'énumérer les fondements du leadership transformationnel car, bien qu'étant du siècle passé, ils sont encore enseignés aujourd'hui au sein de cours de management [5] et sont considérés comme composantes de référence dans le domaine [16].

- **Influence idéalisée**

Le leader suscite la confiance de ses collaborateurs qui lui offrent leur respect et leur admiration. Il fait preuve d'altruisme, prend des risques pour son équipe et le bien commun est son objectif premier. L'éthique est un de ces points forts et les valeurs qu'il défend lui donnent du crédit. En agissant comme un modèle, ses collaborateurs s'identifient à lui et imitent sa manière d'être.

- **Motivation inspirante**

Le leader se conduit de manière à motiver, à inspirer ses coopérateurs. Le sens qu'il donne au travail est un point crucial dans l'accomplissement de sa tâche. L'enthousiasme et l'optimisme font partie de ses qualités. Il offre aux personnes qui l'entourent une vision du futur entraînante et pousse autrui dans ce même développement. Aussi, il stimule l'esprit individuel tout en consolidant l'esprit d'équipe.

- **La stimulation intellectuelle**

Le leader encourage ses collègues à atteindre un niveau supérieur de compétences. Effectivement, il les pousse à fournir des efforts en termes d'innovation et de créativité. Il s'abstient de critique publique et se défend de trouver une idée ridicule. Il est ouvert aux visions antagonistes à la sienne et engage ses collaborateurs dans la participation à la recherche de problèmes et à la définition de nouvelles solutions.

- **Considération individualisée**

Le leader adopte un comportement d'entraîneur et est attentif aux besoins individuels de ses coopérateurs en matière de réussite et d'espérance. Il tente d'accroître leur potentiel en leur permettant d'apprendre de nouvelles choses dans un climat favorable à cet objectif. Il agit de manière personnalisée avec chaque individu de façon à respecter le mieux possible leur désir respectif.

2.2. Les 5 pratiques d'un meilleur leader par Kouzes et Posner [14]

Dans leur ouvrage, Kouzes et Posner ont cherché à mettre en évidence via une multitude de données, 5 points à développer pour devenir un meilleur leader. Ils énumèrent des actions permettant le développement du leader, à différencier avec sa capacité innée à diriger. Celles-ci se rapportent aux constituants essentiels du TFL. Soulignons que ces auteurs et leurs recherches, étalées sur une durée moyenne de 20 ans, sont reconnus comme piliers dans l'art de pratiquer un leadership efficace [15].

- Modéliser la voie

Cela commence par un chemin de découverte personnelle, l'individu se cherche lui-même afin de savoir ce qu'il veut faire et pourquoi il veut le faire. De fait, le but ici est de clarifier ses valeurs et de savoir en quoi ces dernières guident ses choix. La seconde étape consiste à incarner ses propres valeurs en les pratiquant au quotidien. La finalité étant d'agir en cohérence avec celles-ci pour pouvoir ensuite, montrer l'exemple à nos collaborateurs.

- Inspirer une vision partagée

Cette composante relate l'importance de partager une vision positive de l'avenir au sein de l'équipe, tout en formulant un grand espoir quant à l'accessibilité de ce futur. La communication est, ici, primordiale afin de donner à autrui le sentiment que cette vision leur offre la possibilité d'atteindre leurs objectifs individuels.

- Remettre en question le processus

Avec une vision différente du monde, le leader s'engage à défier les procédures mais cela demande une capacité d'opposition. C'est un processus permanent permettant de rechercher de manière régulière les opportunités et innovations. Cette manière d'agir demande au leader la prise de risque. Il peut se tromper mais continue d'avancer avec une nouvelle expérience à son actif.

- Permettre aux autres d'agir

Cette pratique a pour but de créer un mouvement qui est animé par le leader. Elle encourage les collaborateurs à agir et suscite le développement de leurs compétences. La confiance en l'autre est un élément important pour les aider à être le plus autonome possible et atteindre leur plein potentiel.

- Encourager le travail fait avec cœur

Le secret du leadership réside dans l'affect exprimé pour le groupe et pour le processus complet qu'est la gestion d'équipe. Il est important d'apprécier notre rôle au sein de celle-ci, d'encourager l'autre de manière individuelle et d'être reconnaissant envers lui à chaque étape aboutie vers la vision commune.

2.3. Le TFL dans un milieu de soins

Aujourd'hui, quelques études montrent que le leadership transformationnel a un impact positif sur l'efficacité d'une équipe, sa performance et son sentiment de reconnaissance. De plus, il semble diminuer l'attrition des soignants de même qu'il présente une meilleure rétention de son personnel, cela grâce à la mise en place d'un environnement propice au travail [7].

Une étude malaisienne [16] montre que le TFL provoque une meilleure satisfaction du personnel soignant. De même, ce dernier favorise l'autonomisation des employés en incitant à maximiser leur autodétermination. Ce dernier point est à mettre en relation avec le premier car les résultats attestent de manière positive et significative que l'autonomie des opérateurs participe à réduire le sentiment d'impuissance. En effet, ceux-ci se sentent plus responsables et de fait, développent un sentiment de satisfaction.

Aussi, une recherche menée dans les hôpitaux du secteur public au Pakistan [17], établit que le leadership transformationnel affecte fortement l'autonomisation des soignants surtout lorsque ils intègrent l'autonomie comme faisant partie de leur identité propre. De plus, les résultats montrent que celle-ci améliore directement la motivation intrinsèque du personnel et augmente leur disposition à partager leurs connaissances avec les autres membres de l'équipe. Soulignons que cette propension à l'échange d'informations est corrélée avec un comportement innovant dans le travail.

Une troisième étude réalisée au Canada [18] suggère que les infirmiers gestionnaires transformationnels favorisent un environnement de travail serein dans lequel les soignants ont le sentiment de fournir des soins de qualité. La motivation inspirante (cfr Bass et Avolio [13]) se traduit par une communication d'attentes importantes des collaborateurs et, de ce fait, elle appuie leur engagement au travail et promeut une vision partagée au sein de l'équipe. De même que dans les études citées ci-dessus, nous constatons une corrélation forte entre l'autonomisation du personnel et la satisfaction de celui-ci. Ajoutés à cela, les résultats de cette étude sont pertinents par rapport à la théorie du TFL et nous servent à mettre en évidence le fait

que le leader transformationnel entretient une complaisance et une efficacité plus élevées de ses opérateurs.

Finalement, une relation positive, significative entre l'intelligence émotionnelle et le TFL est évoquée dans une étude américaine [19]. Celle-ci nous démontre l'importance de cette association dans les soins infirmiers. En effet, elle permettrait le succès individuel mais aussi, celui de l'unité de soins dans son ensemble. Une intelligence émotionnelle faible est directement liée à l'épuisement professionnel. Cette recherche relate la nécessité pour les systèmes de santé à former leurs gestionnaires en termes de compétences en intelligence émotionnelle et TFL. Cela comprend la gestion du stress, l'aide à la prise de décision et au bonheur individuel. Ces dispositions devraient permettre une meilleure rétention du personnel et une amélioration de la performance des dirigeants.

2.4. Lien entre intelligence émotionnelle et TFL

L'intelligence émotionnelle a été définie par Goleman (1995) de la manière suivante : « *La capacité de reconnaître ses propres sentiments et ceux des autres, de se motiver et de composer efficacement avec les émotions, autant dans sa vie intérieure que dans ses relations avec les autres.* » [5].

Une recherche exploratoire auprès des cadres infirmiers qui pratiquent le TFL [20] affiche l'existence d'une corrélation significative et positive entre celui-ci et l'intelligence émotionnelle. Par contre, associée au leadership « laisser-faire », elle présente une relation négative et sa dépendance à la variable « leadership transactionnel » n'est pas significative.

Cette investigation démontre la transférabilité des concepts de TFL et d'intelligence émotionnelle au sein des hôpitaux. Pour les leaders qui veulent pratiquer ces 2 approches, il est mis en évidence que la poursuite d'études supérieures et l'accès aux diplômes sont primordiaux. Aussi, comme dans les recherches citées en amont, la corrélation entre le TFL et les efforts supplémentaires, l'efficacité et la satisfaction se présentent comme positives. Pour terminer, soulignons que l'âge, l'expérience et la capacité de contrôle n'influent pas directement la disposition à exercer un leadership transformationnel.

3. La gestion d'une équipe dans le domaine de la santé

Premièrement, notons que le travail d'équipe se forme tel « *un processus dynamique impliquant au moins 2 professionnels de santé ayant des antécédents et des compétences complémentaires, partageant des objectifs de santé communs et exerçant un effort physique et mental concertés pour évaluer et planifier les soins aux patients* » [21].

L'interdépendance des membres, leur ouverture quant à la communication, la manière dont ils partagent les informations et leur capacité à échanger pour prendre une décision sont des caractéristiques qui favorisent une meilleure organisation au sein d'une équipe [21].

D'après une revue portant sur l'organisation des unités de soins [22], l'instauration d'objectifs et de valeurs pour remplacer le contrôle hiérarchique favorise la structuration de l'équipe. Ceci ajouté à l'enrichissement des tâches sont des points clés pour permettre l'implication des collaborateurs qui elle, impacte positivement la satisfaction et la motivation au travail.

La coordination des comportements semble supérieure dans une équipe de petite taille. Quoi qu'il en soit, les divers modes de transmission (orale, staffs, réunions, etc.) offrent aux soignants la possibilité d'un échange et la communication avec les réseaux externes au service optimise la cohésion du collectif. De plus, lorsqu'une relation entre plusieurs professionnels de santé (exemple : médecins-infirmiers) s'élabore autour des pratiques de soins, la responsabilisation s'accroît car les acteurs prennent conscience de l'importance de leurs actions. C'est cela qui est attaché au sens du travail et non le fait de suivre un protocole de manière aveugle, dans le but d'accomplir une tâche correctement sans questionnement préalable. Notons que le management exercé au sein de l'équipe est un outil primordial pour une communication adaptée à la quête de sens et au respect des valeurs [22].

Dans ce même article, le rôle du cadre est aussi mis en évidence. Sa position lui permet d'appuyer une idée ou un protocole. De fait, sa participation en tant que régulateur est une de ses fonctions principales. De plus, les échanges entre médecins et soignants font partie de son rôle de médiateur car il suscite un intérêt pour la coopération interprofessionnelle. C'est comme cela qu'il devient un organisateur et facilite l'accomplissement du travail par ses collaborateurs. « *Son rôle de leader réside donc dans sa compétence à motiver, entraîner et assurer le développement des personnes* » [22].

Ci-après, un article reflète les différentes étapes de formation [23] d'une équipe , à savoir :

- Forming : orienter le groupe, échanges d'informations, reconnaissance des particularités et objectifs individuels.
- Storming : période de conflits entre les collaborateurs, importance du rôle du leader.
- Norming : phase de consensus, normalisation, communication efficace, résolution de problèmes au sein du groupe plus aisée.
- Performing : travail performant et efficace, acquisition de nouvelles compétences par les membres et d'un nouveau rôle au leader.

L'article en question présente une étude portant sur la performance des soignants [24]. Il formule l'importance du rôle du leader dans le développement d'une équipe, de même que dans la capacité de celle-ci à évoluer dans le temps en termes d'efficacité. Pour les cadres, l'identification des priorités et des actions individuelles a une incidence sur le succès du groupe. Aussi, la formation des opérateurs ajoutée à la planification des tâches permet le partage d'une vision commune et attise la confiance au sein de l'équipe.

Une fois ce rôle de coordinateur rempli, les infirmiers en chef se voient devenir accompagnateurs. En effet, le changement introduit vers ce nouveau modèle cause souvent des phases de conflits [25], le leader se doit alors de soutenir ses collaborateurs afin d'éviter des problèmes qui perdurent et s'assure, comme cela, de maximiser la cohésion de son personnel.

Ensuite, les infirmiers en chef offrent aux soignants la possibilité de partager le leadership. Cela responsabilise les opérateurs et les pousse à se soutenir mutuellement. De ce fait, leur autonomie augmente et le leader développe alors un rôle de soutien et de motivation.

Finalement, une fois cette performance acquise, il devient difficile d'y glisser à nouveau un changement. Cependant les résultats de cette recherche nous montrent qu'une équipe devenue performante, se montre aussi flexible. Si flexibilité il y a, l'instauration d'une nouvelle composante au sein du groupe ne posera pas problème et le rôle du leader s'étendra à la surveillance du progrès, à l'élaboration de mécanismes de rétroaction, au maintien de la cohésion et de la confiance.

Soulignons que le transfert de leadership est un point à nuancer car une recherche sur le style de leadership des infirmiers et la délégation [26] dénote le manque de préparation

pédagogique des infirmiers à déléguer des tâches. Cette capacité serait plutôt le fruit d'essais informels se soldant généralement par un échec, durant les heures de travail. Il paraît donc crucial de cultiver cette aptitude auprès des soignants, soit par l'intermédiaire d'une formation ou durant le cursus en soins infirmiers, soit par le leader de manière informelle, en alternative à d'autres solutions.

Pour terminer, revenons sur la notion de conflit. Un article publié en 2017 [25] précise que celui-ci est inévitable et pourrait avoir des conséquences négatives sur le personnel. Il touche même les équipes les plus performantes. La résolution de conflits doit donc, être soutenue par toute l'équipe et accompagnée par le leader qui a normalement, les compétences nécessaires au dénouement de situations. Nonobstant cela, relevons que les conflits lorsqu'ils sont gérés correctement, sont source d'un changement positif. Dans ce cas, ces derniers pourraient être vecteurs d'innovation, de respect mutuel, du bien-être des soignants ainsi que de leurs performances et de fait, prétendre à offrir des soins de qualité.

4. Le bien-être des soignants

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le bien-être est un concept complexe à définir car il peut être étudié selon plusieurs approches. La première définition que nous retenons est celle de la santé qui est « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » [27]. Ensuite, le bien-être objectif ayant pour constituants « *les conditions de vie des personnes, les possibilités de réaliser leur potentiel, qui doivent être équitablement réparties entre tous* » [27], et subjectif se rapportant à l'expérience individuelle divisée en 3 composantes distinctes :

« • *le bien-être hédonique – autoperception d'autonomie, compétence, but de vie, lieu de contrôle*

• *les états positifs et négatifs – expériences de joie, de bonheur, d'anxiété, de tristesse*

• *l'évaluation de la vie – une évaluation réfléchie.* » [27]

La santé et le bien-être sont en corrélation, l'un influe sur l'autre et inversement, d'où l'importance de l'incorporer dans notre modèle.

Pour mesurer le niveau de bien-être d'une population, certaines organisations recherchent des indicateurs objectifs tels que la qualité de l'air par exemple, d'autres travaillent avec des mesures subjectives comme le niveau de satisfaction personnelle par rapport à un aspect particulier de la vie [27].

Puisque notre étude cherche à évaluer si les constituants du leadership transformationnel sont bénéfiques au bien-être des soignants, nous conservons cette dernière mesure afin d'observer le niveau de satisfaction du personnel au regard de leur emploi.

Un article au sujet de la satisfaction des soignants ainsi que celle des patients [28], cite le leadership transformationnel comme l'une des clés du succès. Cela au vu de la position de visionnaire dont fait preuve le leader et à l'inspiration qu'il engendre autour de lui. Cependant, ce type de leadership n'a pas été exploré durant cette recherche et donc, aucune relation significative n'est mise en avant.

Aussi, il semble intéressant d'évaluer le niveau de bien-être des soignants car, il s'avère inquiétant d'observer une augmentation de fatigue compassionnelle corrélée à une diminution de satisfaction compassionnelle à mesure que la complexité des soins s'accroît. De plus, ce sont les jeunes infirmiers qui se montrent les plus touchés par l'épuisement professionnel. Il paraît

donc, logique que les organisations émettent un intérêt pour ces données afin de maximiser la rétention de leur personnel de même que la qualité des soins qu'ils promulguent [29].

D'après une méta-analyse [30], le stress est énoncé comme indicateur de fatigue compassionnelle. Cette dernière est à la base de l'épuisement professionnel et peut se traduire via divers symptômes tels que des pensées intrusives, des troubles du sommeil, une dépression, une anxiété, une irritabilité ou encore un manque de confiance en soi. Une enquête présente dans cette analyse énumère les soins physiques, l'accompagnement psychologique des patients et les diverses tâches logistiques comme autres indicateurs de fatigue. Néanmoins, plusieurs solutions sont proposées dans la revue avec, par exemple, l'autohypnose ou encore le soutien social comme moyens de résilience personnelle. En dernier lieu, la satisfaction dans la compassion serait-elle favorisée par la sociabilité et se corrèle, au contraire de la fatigue, négativement à l'épuisement professionnel.

Enfin, une étude menée aux États-Unis [31] explore les relations entre valeurs professionnelles, satisfaction de l'emploi et l'intention de rester des infirmiers. Celle-ci met tout d'abord, en avant que les soignants possèdent certaines qualités propres par rapport à leur âge, leur expérience et que leur perception du travail est de la même manière, différente. Malgré leurs divergences, les professionnels de tout âge sont nécessaires au bon fonctionnement d'une équipe mais, une vigilance doit être de mise pour éviter les conflits intergénérationnels. En outre, cette recherche indique que les valeurs professionnelles n'influencent pas la rétention du personnel. Alors qu'en revanche, celle-ci s'associe positivement avec la satisfaction au travail et le développement de carrière.

5. L'efficacité d'une équipe soignante

Concernant la collaboration pluridisciplinaire, nous constatons que c'est une tâche complexe. Elle demande de la part des professionnels en santé, l'adoption de comportements adaptés pour acquérir possiblement, une efficacité renforcée (lors de ce travail le terme efficacité se traduit par la performance des membres d'une équipe, c'est-à-dire la qualité du travail qu'ils peuvent fournir avec un minimum de ressources, principalement le temps). Les différentes attitudes à adopter s'articulent autour de la planification et de l'organisation des tâches selon les objectifs visés. À cela s'ajoute le suivi afin de rendre compte de la situation actuelle et d'élaborer les changements potentiels (soutenus par une boucle de rétroaction) à opérer pour atteindre les buts fixés. Notons aussi l'importance de la coopération et de la communication entre les acteurs de santé ainsi que du soutien moral entre collègues (qu'il soit d'ordre personnel ou professionnel), de la gestion des conflits comme déjà cités en amont, et en dernier lieu, d'encourager à l'innovation. Naturellement, ces comportements sont facilités par la pratique d'un management approprié notamment lors de réunions entre professionnels [32].

Plus particulièrement, un article ayant attiré à l'engagement au travail dans le milieu des soins [33] affirme que plusieurs recherches montrent que ce celui-ci améliore le rendement et la santé du personnel. Il est donc, nécessaire de le citer comme composant essentiel à la performance et la qualité des soins. Cette étude témoigne des multiples éléments favorisant cet engagement. Parmi ceux-ci nous retenons l'optimisme et l'auto-efficacité comme caractéristiques individuelles, ainsi que l'environnement de travail et l'apprentissage personnel durant la carrière comme facteurs dépendants du contexte. Aussi, des variables relatives à la politique institutionnelle (autonomie accordée, valeurs défendues, etc.) ou relatives au service (ambiance, équité de traitement, etc.) peuvent exercer un effet. L'accent est également mis sur le rôle du leader qui doit, d'après cette recherche, être authentique et transformationnel pour encourager ces collaborateurs.

En outre, une étude menée à Taiwan [34] cite une série de variables influençant l'efficacité des infirmiers. Entre autres, la reconnaissance du leader envers son équipe, sa capacité à développer de nouvelles compétences dans l'équipe, le soutien des collègues, le salaire et la promotion de carrière semble augmenter la confiance, l'efficacité et le rendement des soignants.

Par ailleurs, une étude portant sur le niveau de confiance et l'auto-efficacité du leader [35] montre que ceux-ci sont corrélés positivement au niveau d'efforts fournis et par conséquent, sont nécessaires au succès de l'équipe. Appuyons aussi le fait qu'une plus grande expérience améliore l'efficacité du gestionnaire et la dynamique de travail. Ajoutée à cela, une enquête dirigée au Canada [36] énumère une plus grande motivation et un développement accru du leadership chez les dirigeants possédant une auto-efficacité plus forte.

Enfin, une recherche corrélationnelle effectuée en Iran [37] prône l'importance du style de leadership exercé. En effet, celui-ci peut aider à la création d'un environnement de travail favorable et diminuer le stress. D'une part, dans la mesure où ce dernier semble influencer la satisfaction des soignants. D'autre part, quand il anime leur désir de changer de travail.

6. Synthèse et définition de la question de recherche

Ce cadre théorique nous permet de mettre en exergue les raisons qui ont mené à l'élaboration de ce mémoire. Le milieu des soins de santé est un système complexe touché particulièrement au niveau infirmier, par une pénurie dont on entend de plus en plus parler dans les médias. Les difficultés auxquelles font face ces soignants sont explorées, de même que les facteurs influençant celles-ci.

La gestion d'équipe est impactée par les valeurs que le leader soutient. Les informations qui y sont échangées et la manière dont ce partage a lieu influent sur la performance de l'équipe. Ce chapitre reflète la diversité des rôles que le cadre doit remplir pour finalement atteindre l'efficacité. Notons que lors d'une phase de conflit, il est important d'être vigilant et soutenu par l'équipe pour pouvoir éviter des répercussions négatives au sein du groupe.

Au niveau du bien-être des soignants, nous retenons la satisfaction au travail comme indicateur clé. Ce chapitre relate les difficultés à atteindre une certaine jouissance dans le domaine des soins. En effet, l'épuisement professionnel, le stress et le manque de sens du travail figurent comme étant des freins à l'épanouissement d'une équipe.

L'efficacité d'une équipe, quant à elle, est affectée directement par l'organisation du travail et son suivi. L'engagement du personnel est aussi, un déterminant primordial pour aboutir à la performance. De plus, notons que le rendement et la santé du personnel sont liés à cet engagement. Finalement, le soutien du leader, son auto-efficacité et sa capacité à créer un environnement de travail serein devraient permettre d'améliorer l'efficacité de l'équipe.

En ce qui concerne le TFL, il suppose le partage d'une nouvelle vision de manière à transformer notre comportement et celui des autres. Il semble permettre l'implication des collaborateurs en les stimulant et en leur apportant une motivation nouvelle. De fait, il apparaît novateur en matière de changement.

La gestion d'équipe, la satisfaction et l'efficacité de l'équipe sont dépendantes de multiples facteurs et le leadership transformationnel, ayant été détaillé au point 2, nous paraît être une solution potentielle à l'optimisation de ces 3 points. Effectivement, les constituants théoriques qui le composent et les effets déjà produits, relatés dans diverses études, nous poussent à manifester un intérêt pour son exploration dans le milieu des soins de santé belge. De fait beaucoup de composantes sont à prendre en compte et nous tenterons dans la suite de ce travail, d'être le plus complet possible.

Cela nous amène à clarifier notre question de recherche :

Les constituants du leadership transformationnel sont-ils pertinents dans la gestion des unités de soins pour le bien-être du personnel et son efficience ?

II. PARTIE PRATIQUE

7. Méthodes

7.1. L'approche

Dans la partie empirique de ce mémoire, nous faisons le choix d'utiliser une approche quantitative. Celle-ci « *consiste à représenter ou à manipuler numériquement des observations en vue de décrire et d'expliquer le phénomène dont rendent compte ces observations.* » [38]. Cela nous permettra d'obtenir des données chiffrées en ce qui concerne les différents aspects du leadership, de la satisfaction du personnel et de leur propension à la performance dans les soins.

En effet, le but de ce travail est d'établir le reflet de la situation actuelle des soignants par rapport à ces 3 strates. De même, l'attendu des répondants est aussi une composante primordiale à mettre en exergue. Finalement, leur motivation à se mobiliser pour engendrer un changement doit aussi ressortir dans les données récoltées.

7.2. Le questionnaire

Pour ce faire, un questionnaire pertinent par rapport à nos objectifs, a dû être agencé. Premièrement, une récolte des données personnelles est demandée. Ensuite, une combinaison de plusieurs questionnaires est construite afin d'acquérir des résultats les plus cohérents possibles. Parmi ceux-ci : proQOL, HPQ short form et un questionnaire sur le leadership.

Le choix d'utiliser le Professional Quality Of Life [39] (échelle de qualité de vie professionnelle) est effectué car ce dernier apparaît comme simple et complet à la fois. Constitué de 30 affirmations, un choix multiple sur une échelle de 1 à 5 (« jamais » à « très souvent ») est laissé aux répondants. Celui-ci doit permettre l'obtention d'une information pertinente et valide sur le bien-être des soignants. En effet, les données récoltées seront ensuite, additionnées d'après les modalités des auteurs afin d'obtenir 3 sous-ensembles différents. Parmi ceux-ci, nous retrouvons un score sur la satisfaction s'élevant d'après son degré d'aboutissement. Aussi, un score concernant le burnout qui présente les risques liés aux personnels selon l'importance du nombre obtenu. Un dernier se rapportant au stress lié à un traumatisme qui comme pour le précédent, à mesure qu'il augmente, reflète une mauvaise expérience ou indique que les ressentis de l'individu par rapport à son travail et son environnement semblent non-opportuns.

Le Health and Work Performance [40] est sélectionné car il offre la possibilité de visualiser de manière générale l'engagement des répondants grâce à ses différents scores. De plus, il aide à afficher les causes de l'absentéisme en le questionnant et surtout, relate le sentiment de performance que possède chaque individu par rapport à lui-même, aux autres mais aussi au groupe. Il est composé de 11 énonciations, dont la réponse est formulée en termes d'heures, de jours ou sur une échelle de 0 à 10 (de la plus mauvaise à la meilleure performance). Une fois les valeurs recueillies, différents calculs sont effectués. Ces derniers permettent d'estimer l'absentéisme absolu, l'absentéisme relatif, les heures de travail réellement prestées par rapport aux heures attendues par l'employeur, le présentéisme absolu (reflet du pourcentage de performance auto-évalué) et le présentéisme relatif (ratio comparant la performance personnelle à celle des collègues du répondant). Notons aussi qu'un calcul est effectué pour vérifier la validité de réponse quant aux heures passées sur le lieu de travail.

En accord avec le promoteur de ce mémoire, Le MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) étant payant, nous avons fait le choix de personnaliser celui-ci par rapport à notre contexte et notre réalité. Nous conservons donc l'esprit de ce questionnaire [41] mais n'en avons pas la validation reconnue. En conséquence, ce dernier s'élabore sur base de 4 types de leadership. Cela a pour but d'étendre les possibilités de réponses et d'éviter des résultats associés exclusivement au leadership transformationnel. Celui-ci combine donc, 8 items différents, chacun composé de 3 affirmations :

Tableau 1. Présentation des différents items du questionnaire s'intéressant au leadership

Type de leadership	Description	Source
1 : le "laissez-faire"	S'apparentant à un leadership inactif	[5]
2 : le management par exception passif	L'action s'organise à la suite d'erreurs	
3 : le management par exception actif	L'action s'organise de manière préventive	
4 : la récompense contingente	Le leader offre de la reconnaissance par rapport à l'atteinte d'objectifs	
5 : l'influence idéalisée	TFL : les 4 "I" de Bass et Avolio (Cfr partie théorique)	[13]
6 : la motivation inspirante		
7 : la stimulation intellectuelle		
8 : la considération individuelle		

De plus, un leurre antagoniste pour chaque constituant du TFL a été introduit. Cela permettra d'exclure certains résultats obtenus s'ils sont incohérents dans leur ensemble. Nous avons donc, un total de 28 phrases notées de 1 (jamais) à 5 (constamment) nous permettant, par la suite, d'établir des scores s'étalant de 3 à 15 (somme des 3 affirmations) pour chaque item. D'après ceux-ci, nous pourrions donc établir le niveau d'application des différents types de leadership. Aussi, en additionnant les scores des 4 « I » de Bass et Avolio, nous obtenons un score global se rapportant au TFL (compris entre 12 et 60). En outre, les 5 pratiques d'un meilleur leadership par Kouzes et Posner [14] sont combinées chacune, à 2 affirmations. Cela nous offre également la possibilité de relater le degré d'application de ces recommandations en les notant de 2 à 10 (somme des 2 affirmations).

Une fois l'ensemble des réponses collectées et analysées, le but est d'obtenir un état des lieux concernant la pratique du leadership en milieu de soins et établir si le TFL y est appliqué. De même, l'évaluation de sa pertinence quant à l'augmentation de la satisfaction et de la performance du personnel sera effectuée à la suite d'une mise en relation des scores cités en amont.

A chaque questionnaire est ajoutée une interrogation individuelle sur leurs attentes, leur motivation à changer, leurs avis par rapport à une amélioration éventuelle et ce en quoi elle réside.

Finalement, l'enquête se clôture avec une interrogation à choix multiple où chaque répondant peut sélectionner entre 1 et 3 phrases des 28 concernant le leadership. La question étant la suivante : « *parmi ces phrases, lesquelles vous semblent les plus pertinentes pour augmenter votre bien-être et votre performance ?* ». Cela nous aidera à apprécier les préférences des soignants par rapport à la gestion de l'équipe de soins.

Une fois cet ensemble agencé, le sondage est créé et configuré en ligne, sur le serveur LimeSurvey. Cela permet d'automatiser la récolte des résultats, de les obtenir de manière instantanée, de fait d'observer en temps réel la progression de l'enquête et aussi, de limiter les contacts qui se veulent parfois délicats en cette période de pandémie Covid-19. Afin de stimuler les soignants à répondre, une visite au sein de chaque service s'impose et des rappels réguliers leur sont envoyés via courriel électronique.

Aucune donnée ne permet d'identifier les répondants et ce questionnaire se déroule donc, de manière totalement anonyme. Chaque question est obligatoire pour clôturer l'enquête. Cela a pour but d'éviter de fausser les résultats avec des données manquantes. De plus, seuls

les questionnaires complets seront retenus dans nos résultats. En effet, il est essentiel d'avoir des données sur chaque strate de l'enquête et ce pour chaque participant, pour pouvoir mettre en relation les différents scores dans nos analyses.

Soulignons que les questionnaires ProQOL et HPQ ayant pour but d'obtenir des informations de terrain, ceux-ci ne seront pas soumis au personnel de la direction du département infirmier (DDI) puisqu'ils sont incohérents avec l'objet de notre étude. Cela devrait aussi, stimuler les cadres à remplir le sondage car le nombre de questions auxquelles ils devront répondre est grandement réduit par rapport au reste du personnel.

7.3. Echantillonnage

Dans l'approche quantitative, les données d'un échantillon sont utilisées pour apprécier le ou les paramètres d'une population [42]. Autrement dit, dans notre travail, le personnel participant doit être statistiquement représentatif de l'ensemble des soignants sélectionnés pour répondre à l'enquête. Dans le cas présent, nous nous intéressons au personnel impliqué dans les unités de soins dites « classiques », c'est-à-dire qu'elles possèdent toutes un mode de fonctionnement semblable.

L'enquête réalisée se déroule à la Clinique Saint Pierre Ottignies (CSPO) dans le Brabant Wallon. Cette dernière est constituée de 425 lits agréés dont la majorité sont des lits de médecine et chirurgie [43], unités qui nous intéressent dans la présente étude.

Concernant les critères de sélection, ils sont établis par rapport aux objectifs visés dans ce travail. Ceux-ci sont assez larges et englobent une grande partie du personnel soignant travaillant à CSPO. Donc, pour pouvoir répondre à l'enquête, chaque participant doit:

- Exercer sa fonction au moment de l'enquête
- Exercer en tant qu'aide-soignant, infirmier, infirmier en chef ou cadre à la direction du département infirmier

Et

- Être employé dans une unité de soins « classique »

Ou

- Être employé dans une équipe volante

Ou

- Être membre de la direction du département infirmier

Une fois ces critères de sélection respectés, nous obtenons la taille de notre population avec le nombre maximum de répondants auquel nous pouvons prétendre (moment de l'enquête : février 2021). Celui-ci est détaillé ci-dessous :

Tableau 2. Description de la population interrogée

Unités	Infirmiers en chef	Infirmiers	Aide-soignants	Total
2L1 : gastroentérologie-pneumologie	0	13	4	17
2L2 : cardiologie	1	14	2	17
2L3 : oncologie-pneumologie	1	15	4	20
2L4 : gériatrie	1	12	6	19
3L2 : chirurgie urologique-gynécologique	1	13	1	15
3L3 : chirurgie vasculaire-viscérale	1	13	4	18
3L4 : neurologie	1	9	4	14
4L1 : gériatrie	1	8	4	13
4L2 : orthopédie-neurochirurgie	1	11	3	15
4L3 : traumatologie-chirurgie plastique-ORL	1	5	2	8
4L4 : médecine interne	1	9	4	14
VLJ : équipe volante de jour	0	14	17	31
VLN : équipe volante de nuit	3	9	9	21
Total	13	145	64	222
DDI : Direction du département infirmier	1 directrice + 3 cadres intermédiaires chefs de services (total = 4)			
Nombre maximum de répondants (N) = 226				

Premièrement, retenons que le personnel interrogé est réparti sur 11 services différents, ajouter à cela les équipes volantes et la direction du département infirmier. De fait, nous avons exclu les unités de soins ayant un mode de fonctionnement qui leur est propre, tels que les urgences, les soins intensifs, le bloc-opératoire, etc. En second lieu, soulignons que les infirmiers sont grandement majoritaires et qu'au vu du nombre faible de personnel travaillant en tant qu'infirmier en chef d'unité ou cadre infirmier, il est primordial d'obtenir un pourcentage de réponses important les concernant. Finalement, si nous obtenons 100% de retours, nous aurons 226 répondants à notre enquête (N=226).

8. Résultats

8.1. Echantillon obtenu

Notre enquête s'est déroulée au mois de février 2021, sur une période de 3 semaines depuis l'envoi du premier courriel jusqu'à la clôture du questionnaire en ligne. Les retours sont divisés sur 2 moments clés. Le premier est la réception du premier courriel qui a permis d'obtenir une cinquantaine de réponses et, le second est mon passage dans les différents services 10 jours plus tard affichant une relance importante des répondants.

Finalement, nous récoltons 104 questionnaires remplis complètement et obtenons, comme cela, un échantillon représentant 46% de la population interrogée.

Figure 1. Prisma chart : description de l'échantillon obtenu (n=104)

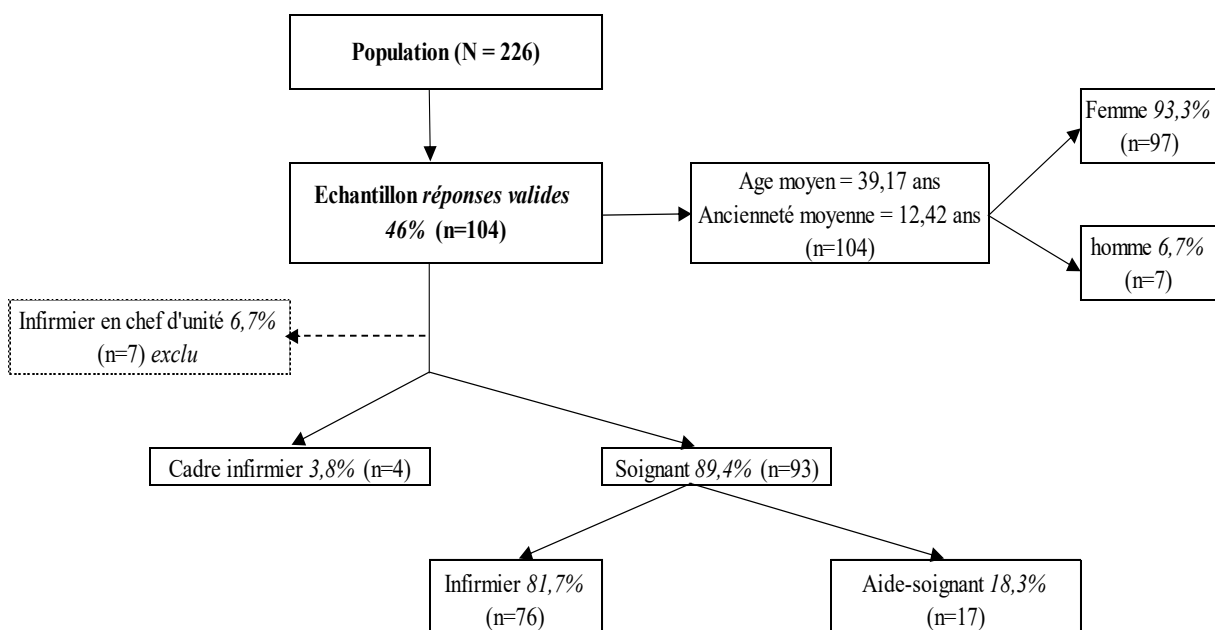


Tableau 3. Répartition des soignants par service (n=93)

Service	Nombre (pourcentage)
2L1 : gastroentérologie-pneumologie	5 (5,4%)
2L2 : cardiologie	5 (5,4%)
2L3 : oncologie-pneumologie	4 (4,3%)
2L4 : gériatrie	5 (5,4%)
3L2 : chirurgie urologique-gynécologique	5 (5,4%)
3L3 : chirurgie vasculaire-viscérale	4 (4,3%)
3L4 : neurologie	5 (5,4%)
4L1 : gériatrie	8 (8,6%)
4L2 : orthopédie-neurochirurgie	13 (14%)
4L3 : traumatologie-chirurgie plastique-ORL	3 (3,2%)
4L4 : médecine interne	12 (12,9%)
VLJ : équipe volante de jour	12 (12,9%)
VLN : équipe volante de nuit	12 (12,9%)

Tout d'abord nous remarquons que l'âge moyen des participants est de 39 ans et que la grande majorité est composée de femmes avec plus de 93% de réponses de leurs parts. Ensuite, nous observons que les 4 cadres de la DDI (100%) ont rempli le questionnaire mais seulement 7 infirmiers en chef d'unité ont fait de même (53,8%). De fait, nous n'utiliserons pas les données récoltées auprès de ces derniers (excepté pour les analyses attachées à l'ensemble de l'échantillon n=104) car, statistiquement pour obtenir un intervalle de confiance de 95%, nous devrions accepter une marge d'erreur trop élevée (26% *cf* formule bas de page*). Concernant les soignants dans leur globalité, nous obtenons 93 retours sur 209 (44,5%) et nous constatons qu'ils sont dominants au sein des différentes fonctions intervenantes avec une proportion de 89,4% qui leur revient. Le point suivant s'intéresse à l'ancienneté en nous affichant une moyenne de plus de 12 ans. Cependant, la majeure partie des membres du personnel exerce depuis 2 ans. En dernier lieu, nous découvrons qu'une grande part de répondants travaille sur le quatrième étage ou fait partie d'une des équipes volantes.

$$* e = 1,96 * \sqrt{\frac{0,54*0,46}{7}} * \sqrt{\frac{13-7}{13-1}} = 0,26$$

8.2. Age et ancienneté des répondants

Au vu des résultats relatés dans le tableau 3, nous accordons une importance à explorer de manière détaillée l'âge et l'ancienneté du personnel participant à l'enquête.

Ce diagramme circulaire dénote les catégories d'âge auxquelles s'inscrit le personnel participant. Nous constatons que les soignants sont relativement jeunes avec plus de la moitié (57%) ayant moins de 40 ans. Seuls 23% ont 50 ans et plus.

Figure 2. Répartition des âges par décennies (n=104) en pourcentage

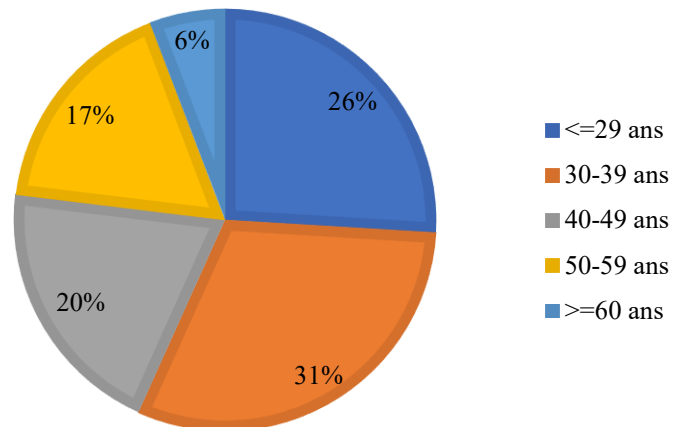
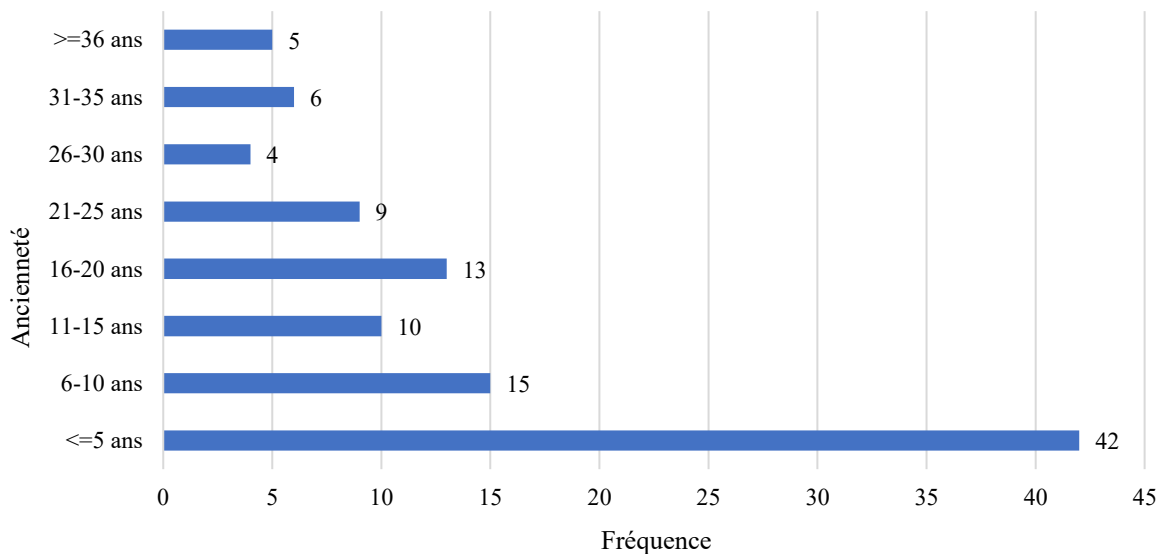


Figure 3. Répartition de l'ancienneté dans la fonction actuelle (n=104)



Cet histogramme nous permet de constater l'importance du personnel ayant une expérience égale ou inférieure à 5 ans (42/104). De plus, 14% en ont une de 6 à 10 ans, ce qui nous donne plus de la moitié des répondants avec une expérience de moins de 10 ans dans leur fonction. Seuls 24% des soignants ont une expérience supérieure à 20 ans.

8.3. Le bien-être des soignants

En premier lieu, le pourcentage obtenu concernant la clé du bien-être selon les soignants. En second lieu, nous élaborons un tableau reprenant les 3 strates tirées du ProQOL [39] afin de nous éclairer sur leur ressenti au travail.

Cette quatrième figure nous montre que plus de la moitié des soignants pense que l'esprit d'équipe renforce leur bien-être. Si nous y ajoutons la gestion d'équipe, cela nous donne un pourcentage cumulé de 85% qui pense que la clé réside dans la gestion et l'esprit d'équipe. Les facteurs individuels représentent qu'une faible part (4%). Au sein des personnes ayant coché la réponse « Autre », 8 sur 10 pense qu'une augmentation du personnel soignant faciliterait leur bien-être.

Figure 4. Clé du bien-être selon les soignants (n=93) en pourcentage

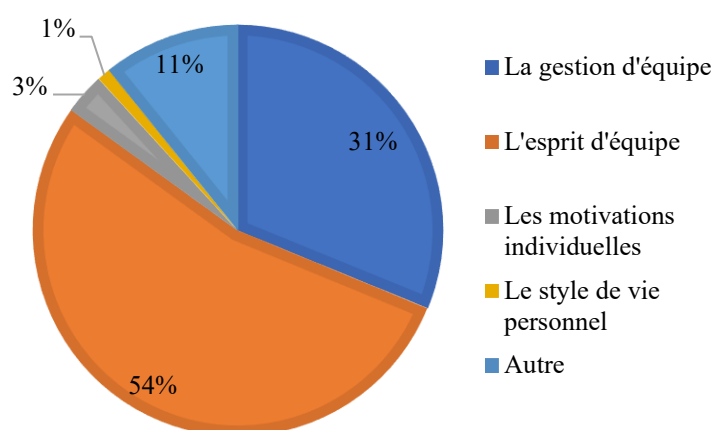


Tableau 4. Répartition des scores sur les 3 échelles relatives au ProQOL (n=93)

Score	Satisfaction de la compassion		Burnout		Stress à la suite d'un traumatisme	
Bas : < ou = 22	1	1%	18	19%	27	29%
Moyen : 23 à 41	66	71%	74	80%	65	70%
Haut : > ou = 42	26	28%	1	1%	1	1%

Tout d'abord, notons que dans le tableau ci-dessus, un score élevé sur l'échelle de la satisfaction de la compassion est une bonne chose. Inversement, pour l'échelle du burnout et du stress à la suite d'un traumatisme, il est mieux d'avoir un score faible. Attardons-nous sur la satisfaction de la compassion, 26 soignants entrent dans la catégorie haut score. Pour le burnout, 18 soignants présentent un score faible. Enfin, 27 soignants sont dans la catégorie basse des scores de stress à la suite d'un traumatisme. Soulignons qu'environ les 3 quarts des soignants pour chacune des échelles, entrent dans la catégorie des scores moyens. Aussi, un outlier est présent au sein de chacune des échelles. Mais après vérification, le soignant présentant un faible

score de satisfaction de la compassion et un haut score de burnout n'est pas le même individu que celui ayant un haut score de stress à la suite d'un traumatisme.

8.4. La performance des soignants

Comme effectué précédemment, nous relatons ci-dessous la clé de la performance selon les soignants et ensuite, 2 tableaux résumant les résultats obtenus à l'aide du HPQ [40].

La figure 5 nous présente une répartition plus ou moins égale de la performance entre la gestion d'équipe et l'esprit d'équipe (plus ou moins 40% chacune). Comme dans notre figure 3, les facteurs individuels ne représentent que 5% de réponses. Dans la catégorie « autre », l'insuffisance en personnel est citée majoritairement mais aussi, la charge de travail qui est mentionnée 3 fois sur les 12 réponses « autre » cochées par les répondants.

Figure 5. Clé de la performance selon les soignants (n=93) en pourcentage

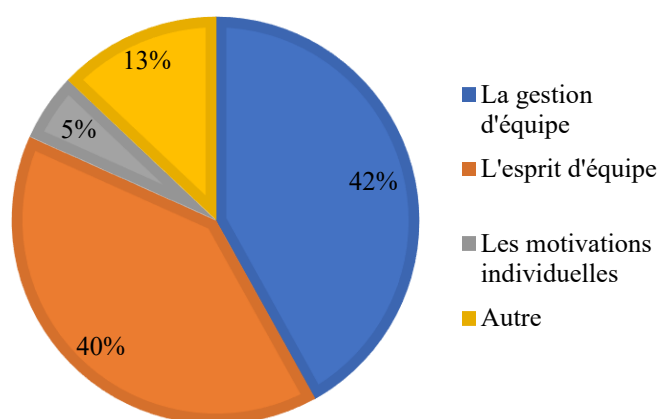


Tableau 5. Moyenne des taux relatifs à la présence des soignants (n=75)

	Présentéisme relatif	Absentéisme relatif
Moyenne	98%	2%
28% des soignants	< 80%	< 20%
60% des soignants	entre 80% et 120%	entre -20% et 20%
12% des soignants	> 120%	< -20%

Dans le tableau 5, une fois que le test de validité des heures prestées est réalisé, nous remarquons 18 résultats non valides sur les 93 soignants participants. Les 75 données restantes nous permettent d'observer le présentéisme, c'est-à-dire le nombre d'heures prestées par rapport au nombre d'heures attendues par l'employeur. La moyenne de celui-ci est de 98% et est mise en parallèle avec le taux d'absentéisme de 2%. Nous observons que 60% des soignants ont un taux de présentéisme compris entre 80 et 120%. En outre, 12% de cet échantillon travaille plus de 120% des heures attendues par l'employeur. Finalement, 28% des soignants ont un taux d'absentéisme supérieur à 20%.

Tableau 6. Comparaison de sa propre performance avec la performance d'autrui à un poste similaire (n=93)

	Performance personnelle	Ratio performance personnelle/performance collègues
Moyenne	70%	0,97
Médiane	70%	1
Mode	80%	1

Ce second tableau concernant la performance nous permet d'obtenir le ressenti des 93 soignants par rapport à leur propre performance. Pour cet indicateur, la moyenne du score attribué est de 70%. Lorsque nous mettons en relation le score personnel avec le score affecté aux collègues, nous obtenons un ratio moyen de 0,97 nous indiquant qu'il y a légèrement plus de répondants qui évaluent la performance d'autrui supérieure à la leur. Avec un mode de 1, ce ratio nous montre que la majorité des participants évalue leur performance de manière égale à celle des collègues.

8.5. Importance du TFL d'après les indicateurs de Bass et Avolio [13]

Ci-dessous, des boîtes à moustaches présentent l'importance des 4 « I » de Bass et Avolio d'après les données récoltées auprès des soignants. Ensuite, un tableau accompagne cette sixième figure afin d'en détailler les résultats qui en ressortent. Notez que les scores s'étalent de 3 à

15 (bas 3-7 ;
moyen 8-11 ;
haut 12-15).

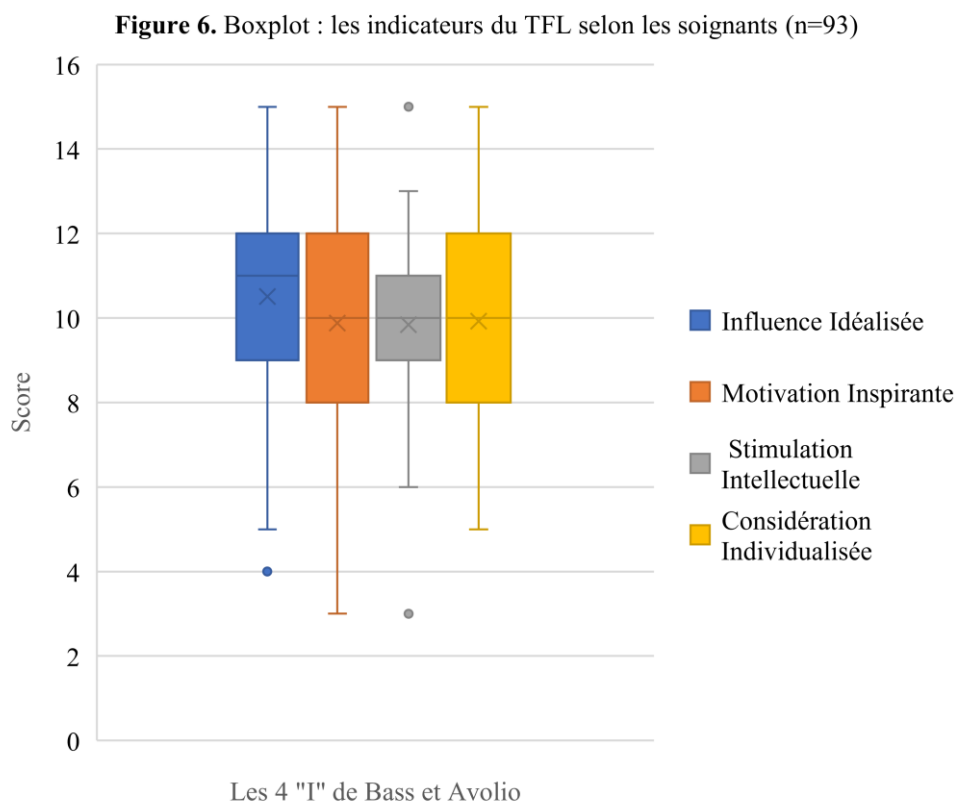


Tableau 7. Données détaillées des boîtes à moustaches présentées en figure 6 (n=93)

	Influence Idéalisée	Motivation inspirante	Stimulation Intellectuelle	Considération Individualisée
Moyenne	10,5	9,88	9,84	9,92
Médiane	11	10	10	10
Mode	12	12	9	11
Ecart type	2,64	2,74	2,04	2,5
P25	9	8	9	8
P75	12	12	11	12
EIQ*	3	4	2	4
VAI**	5	3	6	5
VAS	15	15	13	15
BI***	4,5	2	6	2
BS	16,5	18	14	18
Etendue	11	12	12	10
Outlier	2	0	3	0

*EIQ : espace interquartile

** VAI : valeur adjacente inférieure – VAS : valeur adjacente supérieure

*** BI : barrière inférieure – BS : barrière supérieure

Ces boxplots et le tableau 7 affichent des moyennes et médianes pour chaque « I » comprises dans le rang moyen des scores leadership. Avec un premier quartile (P25) variant de 8 à 9, nous obtenons moins de 25% de soignants qui évaluent ces scores de manière faible. De même, avec un troisième quartile (P75) variant de 11 à 12, nous pouvons affirmer que plus ou moins 25% des soignants donnent un score élevé au leadership transformationnel. Ces quartiles ainsi que la médiane nous permettent aussi, d'affirmer que 50% des résultats entrent dans le score moyen. Soulignons que 25% des réponses entrent dans un score presque faible (à partir de 8) pour la motivation inspirante et la considération individualisée. Concernant l'influence idéalisée, nous observons 2 outliers qui donnent le score le plus faible (3) à cette strate du TFL. Pour la stimulation intellectuelle, nous avons un outlier avec un score de 3 et, 2 outliers avec un score de 15, très élevé.

Ensuite, présentons les résultats rapportés par les cadres de la direction du département infirmier. Ceux-ci sont exposés de manière détaillée au vu du nombre réduit de répondants attachés à cette fonction (n=4 avec 100% de réponses).

Tableau 8. Les indicateurs du TFL selon les cadres (n=4)

	Influence Idéalisée	Motivation inspirante	Stimulation Intellectuelle	Considération Individualisée
Cadre 1	12	13	12	14
Cadre 2	11	14	12	11
Cadre 3	12	12	13	13
Cadre 4	7	7	13	11
Moyenne	10	11	12,5	12,25

Le tableau ci-dessus nous présente, en général des scores élevés voire moyens. Seul le cadre 4 note un score faible pour l'influence idéalisée et la motivation inspirante. Ces 2 données font chuter les moyennes pour les 2 premiers « I » de Bass et Avolio. Les 2 derniers entrent dans la catégorie des scores élevés avec une moyenne de 12,5 et 12,25.

8.6. Importance du leadership d'après Kouzes et Posner [14]

Comme pour le point 8.5, nous élaborons ci-dessous, des boxplots attachés à la répartition des pratiques conseillées par Kouzes et Posner et ce, d'après les soignants. Un tableau en détaille les données par après. Notez que les scores s'étalent de 2 à 10 (bas 2-4 ; moyen 5-7 ; haut 8-10).

Figure 7. Boxplots : les indicateurs des meilleures pratiques du leadership selon les soignants (n=93)

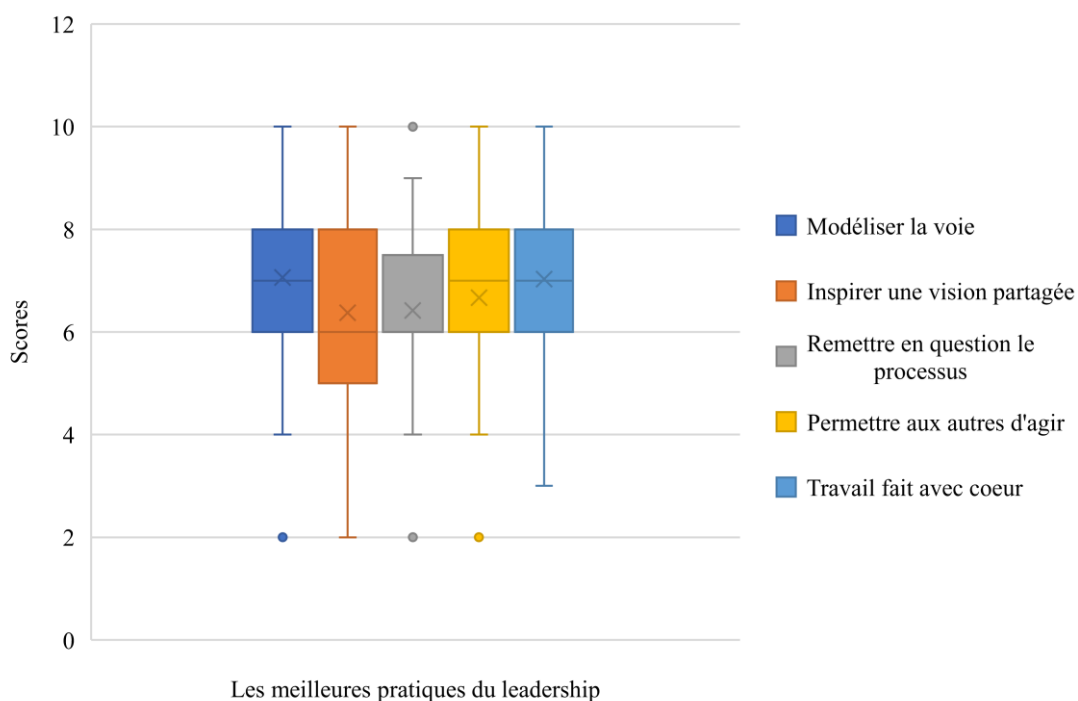


Tableau 9. Données détaillées des boîtes à moustaches présentées en figure 7 (n=93)

	Modéliser la voie	Inspirer une vision partagée	Remettre en question le processus	Permettre aux autres d'agir	Travail fait avec cœur
Moyenne	7,06	6,37	6,42	6,67	7,03
Médiane	7	6	6	7	7
Mode	8	8	6	6	8
Ecart type	1,77	2,01	1,44	1,66	1,83
P25	6	5	6	6	6
P75	8	8	7,5	8	8
¹ EIQ	2	3	1,5	2	2
² VAI	4	2	4	4	3
² VAS	10	10	9	10	10
³ BI	3	0,5	3,75	3	3
³ BS	11	12,5	9,75	11	11
Etendue	8	8	8	8	7
Outlier	2	0	3	1	0

¹EIQ : espace interquartile

²VAI : valeur adjacente inférieure – VAS : valeur adjacente supérieure

³BI : barrière inférieure – BS : barrière supérieure

La figure 7 et le tableau qui lui est associé nous présentent des moyennes et médianes comprises dans le rang moyen des scores des meilleures pratiques du leadership. Le mode entre dans les scores élevés pour la modélisation de la voie, la vision partagée et le travail fait avec cœur. Cependant, en ce qui concerne la vision partagée, nous obtenons 25% de réponses associées au rang faible (inférieure à 5, d'où P25 = 5). Pour la remise en question du processus, nous avons une médiane de 6, égale à P25, avec un mode de 6 également. Nous retrouvons 2 outliers avec le score le plus faible attribué pour la modélisation de la voie. Pour la remise en question du processus, nous en observons 3 : un pour le score le plus faible et 2 pour le score le plus élevé. Finalement, l'outlier s'apparentant à l'action d'autrui se montre être le score le plus faible.

Afin de poursuivre, présentons ci-dessous les scores récoltés auprès des cadres de la direction du département infirmier. Comme cité au point précédent, ces scores sont affichés sous forme d'un tableau détaillé au vu du nombre faible de répondants exerçant cette fonction (n=4 avec 100% de réponses).

Tableau 10. Les indicateurs des meilleures pratiques du leadership selon les cadres (n=4)

	Modéliser la voie	Inspirer une vision partagée	Remettre en question le processus	Permettre aux autres d'agir	Travail fait avec cœur
Cadre 1	8	8	8	8	10
Cadre 2	8	9	8	8	9
Cadre 3	8	8	8	9	8
Cadre 4	6	6	8	6	6
Moyenne	7,5	7,75	8	7,75	8,25

Ce dixième tableau affiche des scores relativement élevés. Chaque moyenne se situe autour de 8, ce bien que le cadre 4 attribue un score globalement plus faible que ces collègues à 4 indicateurs sur 5. Dans l'ensemble des 20 scores affichés, seuls 4 scores entrent dans le rang moyen et chacun de ces scores est attribué par la même personne. Les 16 données restantes montrent un haut rang de scorage.

8.7. Relation entre leadership transformationnel et bien-être

Afin d'établir si une relation existe entre les constituants du TFL (ainsi que leur total) et les scores du bien-être, nous effectuons des corrélations linéaires. Si ces dernières présentent une différence significative, nous expliquerons les fluctuations de la variable dépendante à l'aide d'une régression linéaire.

Tableau 11. Corrélations entre les constituants du TFL et les scores du bien-être (n=93 et $\alpha = 0,05$)

		¹ BA_II	² BA_MI	³ BA_SI	⁴ BA_CI	⁵ ScoreTOT_TFL
⁶ Sat_Comp	Corrélation de Pearson	0,17	0,24	0,15	0,22	0,22
	Sig. (bilatérale)	0,11	0,02	0,14	0,04	0,04
⁷ Burn	Corrélation de Pearson	-0,15	-0,27	-0,11	-0,26	-0,22
	Sig. (bilatérale)	0,16	0,01	0,29	0,01	0,03
⁸ StressTrau	Corrélation de Pearson	-0,05	-0,03	-0,01	-0,04	-0,03
	Sig. (bilatérale)	0,66	0,80	0,93	0,74	0,76

¹BA_II : influence idéalisée

⁵ScoreTOT_TFL : total des scores des constituants du leadership transformationnel

²BA_MI : motivation inspirante

⁶Sat_Comp : satisfaction de la compassion

³BA_SI : stimulation intellectuelle

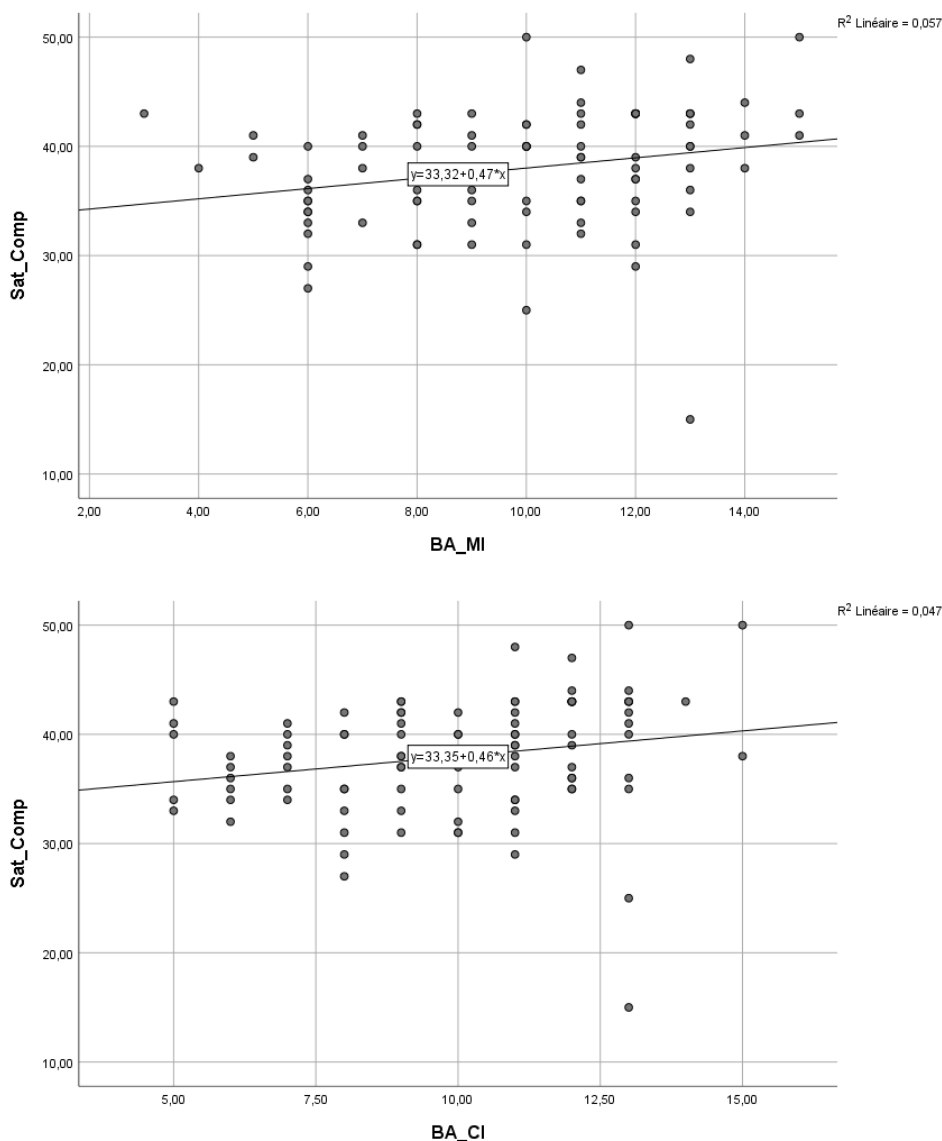
⁷Burn : burnout

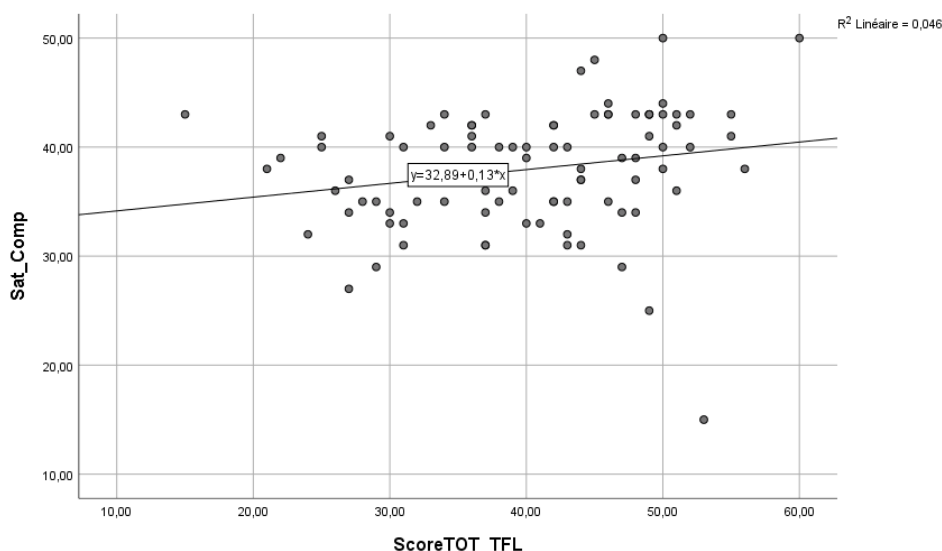
⁴BA_CI : considération individualisée

⁸StressTrau : Stress à la suite d'un traumatisme

Retenons seulement les corrélations significatives (seuil de significativité = 0,05) marquées en vert sur le tableau ci-dessus. Concernant la satisfaction de la compassion, nous obtenons une relation linéaire positive ($r > 0$) de 0,24 pour la motivation inspirante, de 0,22 pour la considération individualisée et également de 0,22 pour le total des scores du TFL. Les résultats rapportés sur le burnout nous permettent d'objectiver une relation linéaire négative ($R < 0$) de -0,27 pour la motivation inspirante, de -0,26 pour la considération individualisée et de -0,22 pour le total des scores du TFL. Il existe donc, une corrélation linéaire significative et positive entre ces 2 composantes du TFL (ainsi que le score total des constituants du TFL) et la satisfaction de la compassion. Inversement, nous constatons une corrélation linéaire significative et négative entre ces 2 composantes du TFL (ainsi que le score total des constituants du TFL) et le burnout.

Figure 8. Graphique de relation linéaire entre la **satisfaction de la compassion** et la motivation inspirante, la considération individualisée et le score total TFL (n=93)





Les 3 graphiques figure 8 nous montre la relation linéaire positive entre ces constituants du TFL et la satisfaction de la compassion. Nous pouvons objectiver l'équation de chaque droite ainsi que leur coefficient de détermination (détaillé ci-dessous).

Tableau 12. Récapitulatif de la régression linéaire, variable dépendante : **satisfaction de la compassion** (n=93)

Modèle	R	R-deux	Erreur standard de l'estimation
1. BA_MI	0,24	0,06	5,25
2. BA_CI	0,22	0,05	5,28
3. ScoreTOT_TFL	0,22	0,05	5,28

Avec un coefficient de détermination compris entre 0,05 et 0,06 nous pouvons dire que 5 à 6% de la variance de la satisfaction est expliquée par ces composantes du TFL.

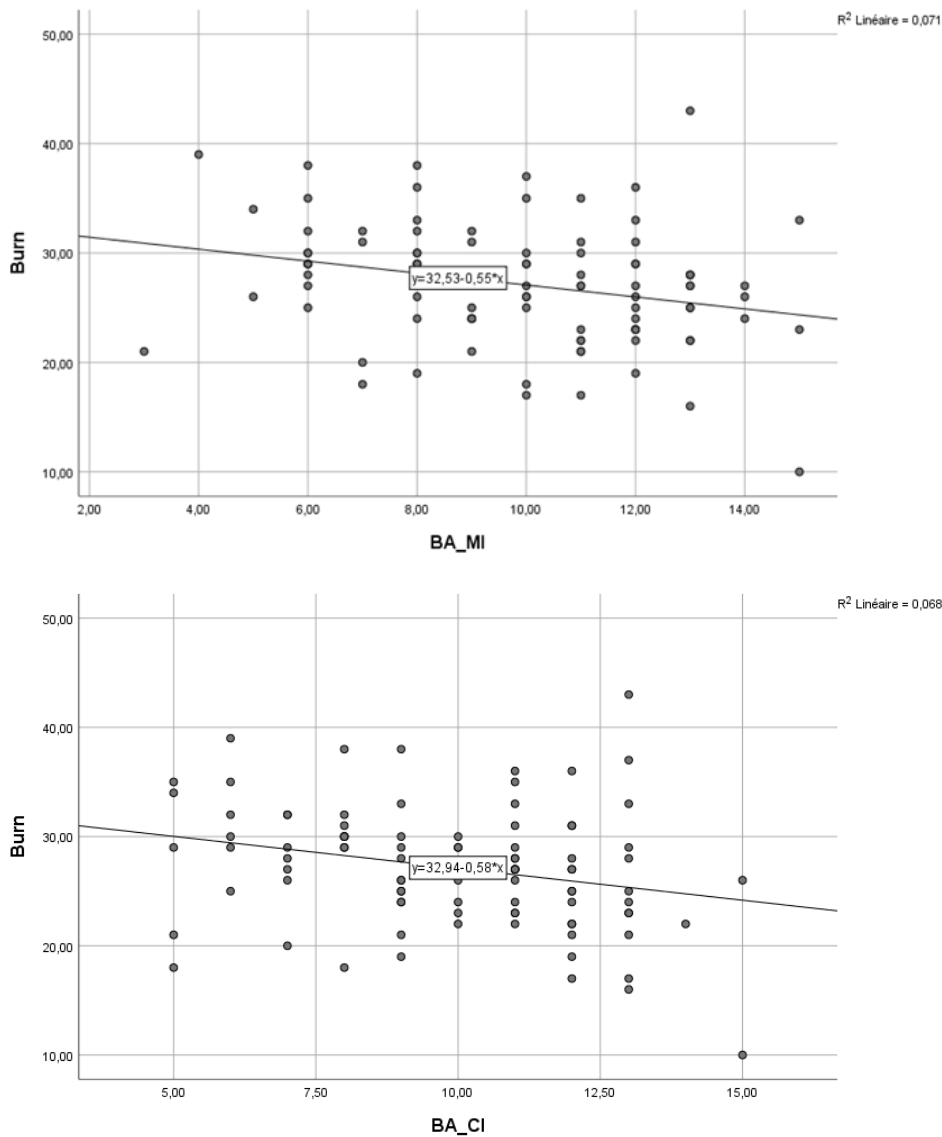
Tableau 13. Régression linéaire détaillée, variable dépendante : **satisfaction de la compassion** (n=93)

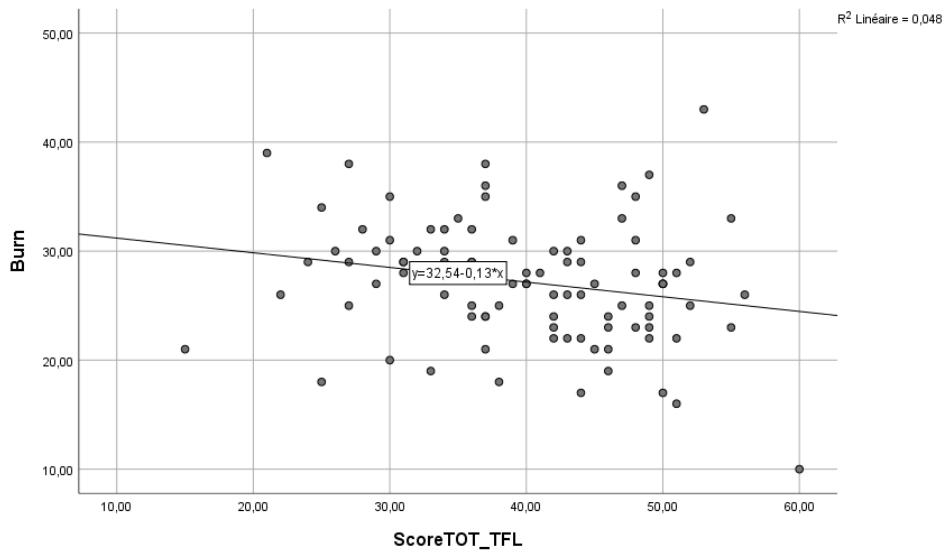
Coefficients							
Modèle	Coefficients non standardisés	Erreur standard	Coefficients standardisés	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95,0%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
1 (Constante)	33,32	2,05		16,28	0,00	29,25	37,39
	BA_MI	0,47	0,24	2,35	0,02	0,07	0,87
2 (Constante)	33,35	2,25		14,84	0,00	28,88	37,81
	BA_CI	0,46	0,22	2,12	0,04	0,03	0,90
3 (Constante)	32,89	2,48		13,26	0,00	27,96	37,81
	ScoreTOT_TFL	0,13	0,21	2,10	0,04	0,01	0,25

Ce tableau 13 nous offre les dernières composantes nécessaires à l'équation de la droite. C'est-à-dire, l'estimation de la pente (constante β) et l'estimation de l'intercept (β_0). Les intervalles de confiance de chaque droite sont également repris dans ce tableau. Nous

observons que chaque modèle est significatif (p -valeur $< 0,05$). Notons que le modèle ANOVA (non repris ici), nous donne un test de Fisher supérieur à 1 et également une p -valeur inférieure à 0,05 nous permettant d'affirmer une différence significative de satisfaction entre les personnes attribuant un score faible et les personnes attribuant un score élevé à la motivation inspirante, la considération individualisée (et le total des scores du TFL). Donc, plus les scores de ces derniers sont hauts, plus la satisfaction augmente. Soulignons que les conditions de validité, y compris la statistique de Cook, ont été vérifiées. Aussi, nous avons inséré plusieurs facteurs confondants (âge, ancienneté, fonction, équipe) mais aucun de ceux-ci n'a modifié nos résultats de manière significative.

Figure 9. Graphique de relation linéaire entre le **burnout** et la motivation inspirante, la considération individualisée et le score total TFL (n=93)





Comme pour la satisfaction de la compassion, les 3 graphiques représentés ci-dessus, nous montrent la relation linéaire négative entre ces constituants du TFL et le burnout. Nous pouvons objectiver l'équation de chaque droite ainsi que leur coefficient de détermination (détaillé ci-dessous).

Tableau 14. Récapitulatif de la régression linéaire, variable dépendante : **burnout** (n=93)

Modèle	R	R-deux	Erreur standard de l'estimation
1. BA_MI	0,27	0,07	5,44
2. BA_CI	0,26	0,07	5,45
3. ScoreTOT_TFL	0,22	0,05	5,51

Avec un coefficient de détermination compris entre 0,05 et 0,07 nous pouvons dire que 5 à 7% de la variance du burnout est expliquée par ces composantes du TFL.

Tableau 15. Régression linéaire détaillée, variable dépendante : **burnout** (n=93)

Coefficients							
Modèle	Coefficients non standardisés	Erreur standard	Coefficients standardisés	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95,0%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
1 (Constante)	32,53	2,12		15,35	0,00	28,32	36,74
BA_MI	-0,55	0,21	-0,27	-2,64	0,01	-0,96	-0,13
2 (Constante)	32,94	2,32		14,21	0,00	28,34	37,54
BA_CI	-0,58	0,23	-0,26	-2,58	0,01	-1,03	-0,13
3 (Constante)	32,54	2,59		12,59	0,00	27,41	37,68
ScoreTOT_TFL	-0,13	0,06	-0,22	-2,14	0,03	-0,26	-0,01

Comme pour la satisfaction de la compassion, ce quinzième tableau nous permet d’obtenir les dernières composantes nécessaires à l’équation de la droite. Chaque modèle est significatif (p -valeur $< 0,05$). Soulignons que le modèle ANOVA (non repris ici), nous donne un test de Fisher supérieur à 1 et également une p -valeur inférieure à 0,05 nous permettant d’affirmer une différence significative des scores attachés au burnout entre les personnes attribuant un score faible et les personnes attribuant un score élevé à la motivation inspirante, la considération individualisée (et le total des scores du TFL). En effet, plus le score attaché à ces 3 composantes est élevé plus le score de burnout est bas. Ici aussi, les conditions de validité, y compris la statistique de Cook, ont été vérifiées. De même, nous avons inséré plusieurs facteurs confondants (âge, ancienneté, fonction, équipe) mais aucun de ceux-ci n’a modifié nos résultats de manière significative.

8.8. Relation entre leadership transformationnel et performance

Dans le but de démontrer si une relation existe entre les constituants du TFL (ainsi que leur total) et les scores de performance, nous effectuons des corrélations linéaires comme dans le point précédent (8.7). Si ces dernières présentent une différence significative, nous expliquerons les fluctuations de la variable dépendante à l’aide d’une régression linéaire.

Tableau 16. Corrélations entre les constituants du TFL et les scores de performance ($n=93$ et $\alpha = 0,05$)

		BA II	BA MI	BA SI	BA CI	ScoreTOT TFL
Performance personnelle	Corrélation de Pearson	0,13	0,06	0,05	0,12	0,10
	Sig. (bilatérale)	0,21	0,59	0,60	0,26	0,34
Ratio performance personnelle/ performance autrui	Corrélation de Pearson	-0,17	-0,24	-0,16	-0,14	-0,20
	Sig. (bilatérale)	0,09	0,02	0,13	0,17	0,06

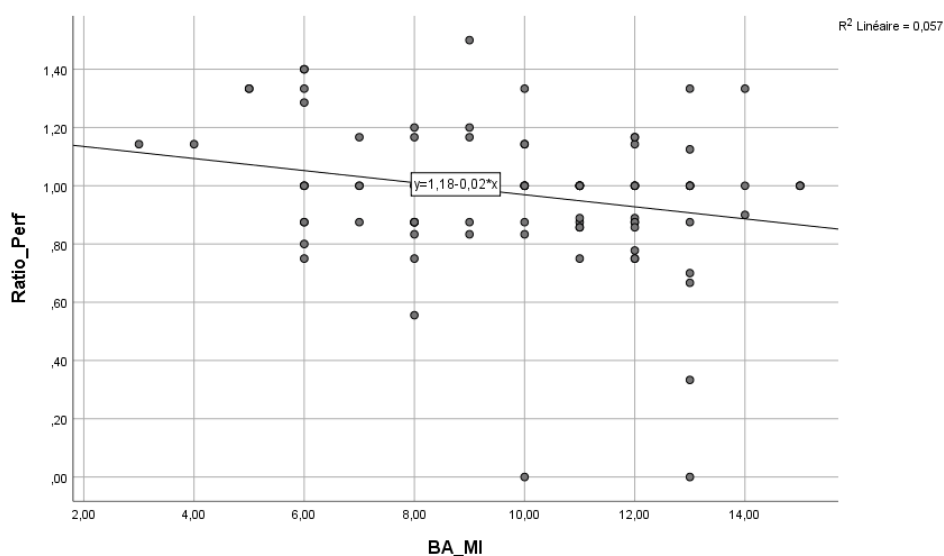
Le tableau 16 nous indique seulement une corrélation significative (seuil de significativité = 0,05) marquée en vert. Nous obtenons une corrélation linéaire négative ($r < 0$) de -0,24 entre la motivation inspirante et le ratio performance personnelle/performance autrui. Les autres relations n’étant pas significatives, nous les laisserons de côté dans la suite de cette analyse.

Tableau 17. Corrélations entre les constituants du TFL et les scores de performance (n=75 et $\alpha = 0,05$)

		BA II	BA MI	BA SI	BA CI	ScoreTOT TFL
Présentéisme relatif	Corrélation de Pearson	-0,10	-0,15	-0,09	-0,12	-0,13
	Sig. (bilatérale)	0,41	0,20	0,44	0,29	0,28
Absentéisme absolu	Corrélation de Pearson	-0,01	0,09	0,03	0,03	0,04
	Sig. (bilatérale)	0,90	0,46	0,82	0,77	0,75
Absentéisme relatif	Corrélation de Pearson	0,10	0,15	0,09	0,12	0,13
	Sig. (bilatérale)	0,41	0,20	0,44	0,29	0,28

Le tableau 17 nous présente les autres scores de performance. Etant dépendants d'un score de validité (cfr tableau 5), seuls 75 résultats sont pris en compte. Aucune relation mise en évidence n'est significative, nous ne retenons donc pas ces dernières dans la suite de cette analyse.

Figure 10. Graphique de relation linéaire entre le ratio performance personnelle/performance d'autrui et la motivation inspirante (n=93)



Sur la figure 10, nous observons la relation linéaire négative entre le ratio performance personnelle / performance d'autrui et la motivation inspirante. Nous pouvons objectiver l'équation de la droite ainsi que le coefficient de détermination (détaillé ci-dessous).

Tableau 18. Récapitulatif de la régression linéaire, variable dépendante : **ratio performance personnelle / performance d'autrui** (n=93)

Modèle	R	R-deux	Erreur standard de l'estimation
1. BA_MI	0,24	0,06	0,23

Avec un coefficient de détermination compris de 0,06 nous pouvons dire que 6% de la variance du ratio performance personnelle / performance d'autrui est expliquée par la motivation inspirante.

Tableau 19. Régression linéaire détaillée, variable dépendante : **ratio performance personnelle / performance d'autrui** (n=93)

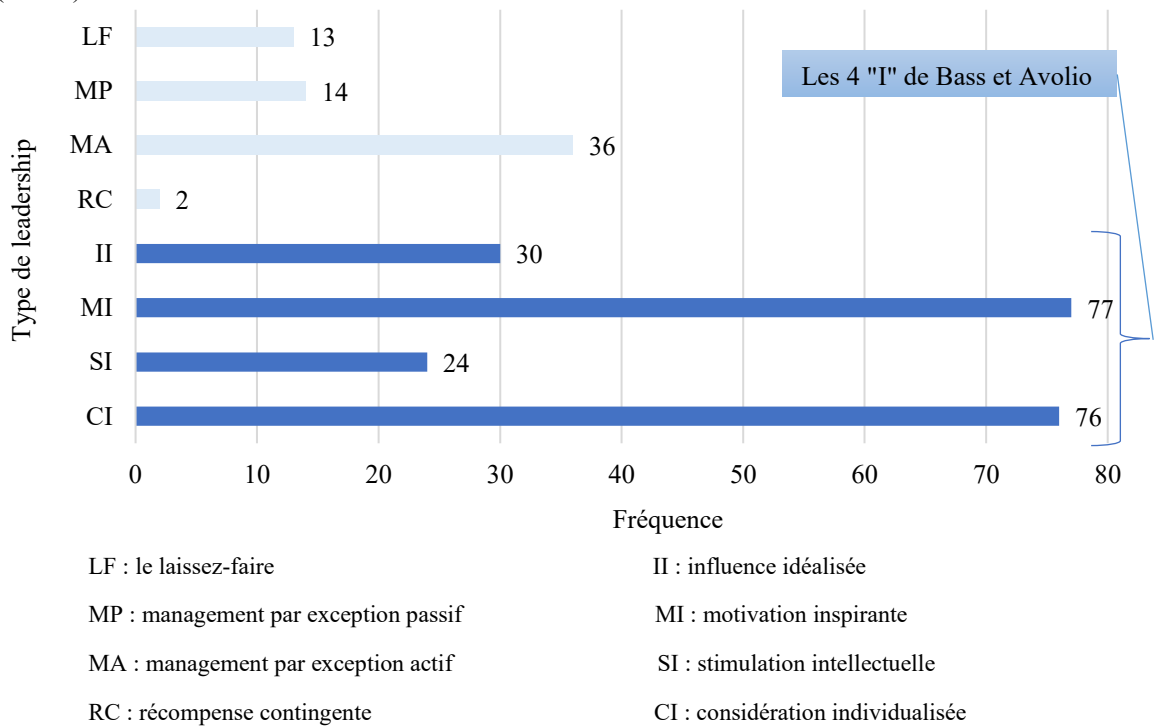
Coefficients							
Modèle	Coefficients non standardisés	Erreur standard	Coefficients standardisés	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95,0%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
1 (Constante)	1,18	0,09		12,99	0,00	1,00	1,36
BA_MI	-0,02	0,01	-0,24	-2,35	0,02	-0,04	0,00

Le tableau 19 nous permet d'obtenir les dernières composantes nécessaires à l'équation de la droite. La p-valeur est significative. Soulignons que le modèle ANOVA (non repris ici), nous donne un test de Fisher supérieur à 1 et également une p-valeur inférieure à 0,05 nous permettant d'affirmer une différence significative de ratio performance personnelle / performance d'autrui entre les personnes attribuant un score faible et les personnes attribuant un score élevé à la motivation inspirante. En résumé, plus les personnes attribuent un score élevé à la motivation inspirante, plus il évalue la performance d'autrui supérieure à la leur. Notez que les conditions de validité, y compris la statistique de Cook, ont été vérifiées. De même, nous avons inséré plusieurs facteurs confondants (âge, ancienneté, fonction, équipe) mais aucun de ceux-ci n'a modifié nos résultats de manière significative.

8.9. Amélioration du bien-être et de la performance : l'avis des répondants

Dans ce dernier point relatif aux résultats, nous exprimons l'avis personnel de l'ensemble de participants. En effet, à la fin de notre enquête, chaque répondant a pu cocher entre 1 et 3 phrases qui selon lui, sont les plus pertinentes pour augmenter son bien-être et sa performance. Voici ce qui ressort des données récoltées.

Figure 11. Répartition des types de leadership sélectionnés comme bénéfiques le bien-être et la performance (n=104)



Cette figure 11 nous présente les avis individuels ressortant de notre enquête. Au total, 272 phrases ont été cochées comme pouvant améliorer le bien-être et la performance des soignants. Parmi celles-ci 207 phrases (76%) entrent dans les constituants du leadership transformationnel. De plus, soulignons que la motivation inspirante et la considération individualisée possèdent une part plus importante dans cette proportion. De fait, ces 2 constituants occupent à proportion presque égale, 56% des phrases sélectionnées.

9. Discussion

Ce mémoire de type recherche a pour but de mettre en lumière les conséquences des constituants de leadership transformationnel sur le bien-être et la performance des soignants en Belgique. En ce sens, l'analyse effectuée ci-dessous met en exergue les aboutissements relatifs à nos observations et met en relation certaines données de notre enquête avec d'autres études similaires. Ce chapitre comprend également les limites de notre recherche ainsi que les recommandations qui en découlent, pour des investigations futures dans le domaine.

9.1. Résultats : interprétations et constations

Comme expliqué dans notre cadre théorique, le TFL pourrait provoquer la curiosité des gestionnaires de personnel hospitalier car, il s'est montré cohérent et profitable dans l'organisation des soins de santé [7]. Ci-dessous, nous analysons, interprétons et comparons nos résultats avec d'autres études s'intéressant à un sujet semblable.

Tout d'abord, soulignons que plus d'un quart des participants à notre enquête sont âgés de moins de 30 ans (cfr figure 2) et que près de la moitié ont une expérience inférieure à 6 ans (cfr figure 3). C'est un point important à énumérer lorsque nous savons que chaque soignant fait preuve de certaines compétences en fonction de son âge et de son ancienneté [31]. Cela indique probablement une difficulté à conserver les employés à un même poste durant plusieurs années et, aussi, semble accuser une certaine importance des nouveaux engagés. En effet, un article abordant le marché du travail en soins infirmiers [44] signale que les institutions accordent davantage d'importance au recrutement qu'au maintien des soignants à leur fonction actuelle.

Notre présente étude démontre que les soignants interrogés considèrent les facteurs individuels comme ayant peu de répercussions sur leur bien-être et leur performance au travail (cfr figure 4 et 5). A contrario, la majorité du personnel de terrain cite la gestion et l'esprit d'équipe comme clé de leur épanouissement et efficacité au travail. Cela émet un premier point d'attention sur le leadership exercé en milieu de soins et, est associé à une étude corrélationnelle [37] énonçant le style de leadership comme ayant un impact sur la satisfaction des collaborateurs et la qualité des soins fournis.

Suite à notre enquête, nous pouvons exprimer un avis rassurant en ce qui concerne les scores obtenus sur les 3 échelles du ProQOL (cfr tableau 4). De fait, 70 à 80% de l'échantillon sélectionné entre dans le rang moyen des scores à chacune de ces échelles et seulement 1% dans

le mauvais rang (haut ou bas en fonction de l’item concerné). Concernant la satisfaction de la compassion, 26 soignants entrent dans la catégorie haut score indiquant qu’ils tirent « *probablement beaucoup de satisfaction professionnelle de leur poste* » [39]. Pour le burnout, 18 soignants présentent un score faible, indice que leur sentiment d’efficacité personnelle semble comblé [39]. Enfin, 27 soignants sont dans la catégorie basse des scores de stress à la suite d’un traumatisme, ce qui est positif pour eux. Cependant, notons qu’avec environ 3 quarts des soignants compris dans la catégorie des scores moyens, il est donc primordial qu’ils ne basculent pas dans la tranche inférieure des rangs, ce qui serait signe d’un mal-être conséquent au sein de leur profession. Justement, une personne semble être l’exception, signalant une détresse de celle-ci. Mais après vérification, le soignant présentant un faible score de satisfaction de la compassion et un haut score de burnout n’est pas le même individu que celui ayant un haut score de stress à la suite d’un traumatisme. Pour ces 2 personnes, il serait préférable d’avoir recours à un professionnel de santé pour faire un bilan d’état général, de confort physique et psychologique au travail [39].

De même, en ce qui concerne la performance, nous obtenons des scores HPQ assez réconfortants. En effet, la plus grande part des soignants montrent un taux de présence compris entre 80 et 120%. De plus 12% des soignants évaluent leur présence de manière supérieure à 120% (cfr tableau 5). Cela offre un certain confort au gestionnaire et exprime un engagement élevé des participants de l’enquête. L’association de ceci au bien-être reste à nuancer car, bien qu’un premier article [33] affiche l’engagement des employés comme étant séparé de leur propension à l’épuisement émotionnel; un second article [45] énonce le présentéisme comme pouvant être « *maladif* » (*sickness presenteeism*) et dans ce cas, se corrèle significativement au burnout. En moyenne la performance individuelle est évaluée à 70% et avec un ratio (comparant cette dernière à la performance d’autrui) autour de 1, nous savons que les soignants notent la performance de leurs collègues de manière plus ou moins égale à la leur (cfr tableau 6). En interprétant cela, il semble que le personnel de terrain soit solidaire et ne dénigre pas l’efficacité de leurs collaborateurs de soins, optimisant de cette manière le soutien social au sein de l’équipe. Mis en relation avec une étude menée en Chine [46], ce soutien devrait augmenter le rendement au travail et diminuer l’épuisement émotionnel et professionnel. En outre, les constituants du leadership transformationnel sont pertinents pour favoriser les liens entre soignants [17] ainsi que le lien entre l’infirmier en chef d’unité et son équipe [18].

Mettons en relation ces analyses de bien-être et de performance avec nos résultats relatant l’importance du leadership exprimée par les soignants (cfr figures 6, 7 et tableaux 7, 9).

Nous observons que les moyennes et médianes associées à chacune des 4 composantes du TFL de Bass et Avolio, sont comprises dans le rang moyen des scores, de même pour les composantes de Kouzes et Posner. Pour 3 « I » sur 4 de Bass et Avolio ainsi que pour 4 strates sur 5 de Kouzes et Posner, nous avons un quart de soignants qui les évaluent de manière élevée. A première vue, l'ensemble des tableaux 4 (bien-être), 5, 6 (performance), 7, 9 (importance du leadership) paraissent être liés dans leurs résultats respectifs. Nous développons cette relation ci-après, avec notre discussion ayant trait aux résultats obtenus en 8.7 et 8.8.

Citons maintenant un point encourageant récolté auprès de la direction du département infirmier (une directrice du département et 3 infirmiers cadres chefs de services) : si nous observons le tableau 8, nous remarquons que les scores attribués aux constituants du TFL de Bass et Avolio oscillent dans l'ensemble, entre hauts et moyens. Dans le tableau 10, attaché aux meilleures pratiques de leadership de Kouzes et Posner, nous observons également des scores variant de hauts à moyens. Si nous analysons l'ensemble des données récoltées auprès des soignants (cfr figures 6, 7) et auprès de la direction (cfr tableaux 8, 10), nous remarquons une différence entre l'avis du personnel de terrain et les supérieurs hiérarchiques. Cela semble exprimer une certaine volonté de l'institution à évoluer vers cet idéal de leadership mais affiche de la même manière, les difficultés à exercer le TFL sur le terrain. Ce dernier point peut être la conséquence de plusieurs facteurs : méconnaissance du TFL par les infirmiers en chef d'unité, profil psychologique contradictoire avec ce type de leadership [5], difficulté d'acceptation de ce leadership par l'équipe, présence de soignants réfractaires au changement, etc. Un article portant sur l'interprétation critique du leadership transformationnel [47], cite la distance entre la direction et le personnel intraservice, comme source probable de cette différence entre résultats obtenus auprès des cadres et résultats obtenus auprès des soignants.

Ensuite, nous avons voulu établir si un lien entre le bien-être et le leadership transformationnel pouvait être démontré de manière significative (cfr 8.7). Lorsque nous avons créé les corrélations entre les constituants du TFL et les 3 échelles du ProQOL, nous avons pu prouver (cfr tableau 11) qu'il y avait effectivement, une relation linéaire positive entre la satisfaction de la compassion et la motivation inspirante ainsi que la considération individualisée (cfr figure 8). De fait, plus les scores de ces 2 constituants du TFL sont élevés, plus la satisfaction des participants augmente (cfr tableaux 12, 13). Ces résultats sont liés à l'étude menée en Ontario [18], énumérant le leadership transformationnel comme facilitateur de la satisfaction au travail. Celle-ci cite la motivation inspirante comme ayant le plus d'effets cependant, la considération individualisée est le constituant décrit comme étant celui qui a le

moins d'impact, contrairement à ce qui ressort de notre analyse. De même, nous avons pu démontrer (cfr tableau 11) qu'une relation linéaire négative était présente entre le burnout, la motivation inspirante et la considération individualisée. En effet, plus le score attaché à ces 2 composantes est élevé plus le score de burnout est bas. Ces résultats confirment les conclusions d'une étude portant sur la régulation des émotions et l'épuisement professionnel [48], mentionnant le leadership transformationnel comme bénéfique à la régulation des émotions et l'expression des sentiments authentiques par les gestionnaires. De plus, la conclusion de cet article cite le TFL comme porteur d'un effet significatif important sur le burnout.

Dans la même logique, nous avons voulu déterminer si un lien entre la performance et le leadership transformationnel existait de manière significative (cfr 8,8). Les corrélations créées entre les composantes de performance et les constituants du TFL ont montré moins de poids scientifique. Seule la relation entre le ratio de performance individuelle sur la performance d'autrui et la motivation inspirante a pu être démontré (cfr tableau 16). En résumé, plus les personnes attribuent un score élevé à la motivation inspirante, plus ils évaluent la performance d'autrui supérieure à la leur, cela semble exprimer leur enthousiasme envers leurs collègues (cfr figure 10). Bien que seul ce résultat ait été significatif dans notre recherche de relation entre TFL et performance, celui-ci confirme les conclusions émises dans un rapport d'analyse [11]. En effet, ce dernier affirme que le TFL dans le milieu des soins, est associé à des équipes hautement performantes. Si nous reprenons nos résultats point 8.4, nous observons que les soignants s'évaluent en moyenne, à 70% de performance (et évaluent leurs collègues de manière égale à la leur, en moyenne). Le mode étant de 80% de performance, nous pouvons mentionner les résultats obtenus comme étant relativement hauts.

Finalement, le point 8.9 clôturant nos résultats, affiche de manière manifeste (marge d'erreur de 7% : cfr formule bas de page*) l'intérêt de développer les pratiques en leadership transformationnel dans le milieu des soins belges. Assurément, parmi les phrases côchées par tous les participants (qu'ils soient cadre ou au chevet du patient) comme étant bénéfiques au bien-être et à la performance, 76% d'entre-elles s'adonnent au leadership transformationnel. La motivation inspirante et la considération individualisée ressortent comme étant les 2 composantes principales à la maximisation du bien-être et de la performance du personnel. De nouveau, bien qu'une étude [18] montre la considération individualisée comme peu influente, dans notre présente recherche, c'est l'inverse qui en ressort de manière relativement importante

$$* e = 1,96 * \sqrt{\frac{0,46 * 0,54}{104}} * \sqrt{\frac{226 - 104}{226 - 1}} = 0,07$$

(37% des phrases cœchées entrent dans cette catégorie). Cela peut être expliqué par l'article de Manges, Scott et Ward publié en 2017 [24], citant les actions individuelles et la connaissance des priorités comme impactantes sur la performance de l'équipe. L'ensemble de cette analyse peut être associée à l'étude de Thompson [12] soulignant les compétences dont doit faire preuve le leader transformationnel pour construire un environnement motivant qui permet l'épanouissement des collaborateurs et une offre de soins de qualité. Parmi celles-ci nous retrouvons les 5 pratiques de Kouzes et Posner qui s'accordent à « *inspirer et soutenir le personnel* » [12] en lien avec nos 2 constituants du TFL mis en évidence ci-dessus.

En comparant nos résultats en 8.5 (leadership exercé) avec ceux obtenus en 8.7 (relation entre bien-être et TFL) et 8.9 (leadership espéré pour favoriser le bien-être et la performance), nous remarquons que les espérances en termes de motivation inspirante et de considération individualisée proviennent vraisemblablement, du fait que ce sont les 2 constituants ayant les moins bons scores dans l'ensemble. Avec une P25 égale à 8, nous savons que près de 25% des participants évaluent ces composantes avec un score faible. Cela nous donne un indice quant à leur volonté de ressentir une amélioration sur ces 2 points. De plus, nous avons prouvé la relation entre 2 échelles du bien-être et la motivation inspirante ainsi que la considération individualisée. Cela marque notre attention quant à l'association de ces résultats et les moyens à mettre en œuvre pour maximiser ces 2 constituants du TFL.

En associant toutes nos constatations avec la théorie échafaudée dans la première partie de ce mémoire, le leader transformationnel semble disposé à augmenter la satisfaction et l'efficacité des soignants.

En effet, ce type de leadership, s'il est bien appliqué, devrait permettre au personnel soignant d'innover, de s'engager vers une vision commune, de se transformer en acquérant de nouvelles valeurs ou en appliquant celles qu'ils défendent [5]. De plus, en jouant sur la motivation des collaborateurs et en portant un intérêt propre à chacun [10], le leader ouvre les portes à la naissance de différentes compétences chez ses collègues. Le fait de pousser les soignants vers de tels comportements, donne lieu à une meilleure satisfaction [6] et efficacité [7] des opérateurs de terrain. Aussi, soulignons que l'engagement des employés est lié à l'amélioration de leur rendement et de leur santé [33]. Plusieurs études attachées au sujet prouvent cette maximisation. Retenons les résultats rapportés par Choi et al. en 2016 citant le TFL comme propice au bien-être des soignants [16] et ceux rapportés par Fischer la même année [11], démontrant la corrélation positive entre les constituants du TFL et la performance organisationnelle.

En résumé, nous avons voulu observer si les constituants du leadership transformationnel étaient favorables au rendement ainsi qu'au confort physique et psychologique des soignants. Nous avons également voulu cibler les composantes du TFL exerçant le plus d'influence sur ces 2 strates. Au regard de cette discussion, nous objectivons une concordance entre leadership transformationnel, amélioration du bien-être et de la performance du personnel soignant. De fait, suite à la lecture d'une multitude d'articles et à notre récolte de résultats, nous démontrons le lien existant entre ces 3 éléments. Soulignons que d'après notre recherche, ce sont la motivation inspirante et la considération individualisée qui marquent une corrélation significative avec le bien-être. Le reste des constituants et des relations qui en émanent, proviennent d'autres études minutieusement analysées. Nous relatons donc l'importance d'appliquer les 4 « I » de Bass et Avolio [13], notamment en motivant, en inspirant, en donnant du sens au travail des collègues de soins. Aussi, la capacité à être un entraîneur et à porter un intérêt aux besoins individuels se montrent bénéfiques aux soignants de terrain, sur le plan personnel ainsi que sur l'esprit et le développement de l'équipe. C'est en tous cas, les facteurs primordiaux découlant de nos résultats. En outre, notons que les 5 pratiques de Kouzes et Posner [14] sont tout à fait pertinentes à travailler en parallèle. Ce, dans un objectif d'amélioration continue afin de tendre vers un meilleur leadership de manière évolutive.

Finalement, nous émettons donc un intérêt au développement du leadership transformationnel dans le milieu des soins belges car, nos résultats confirment, en partie, les conclusions émises par d'autres recherches menées outre nos frontières. De même, l'ensemble de ce travail accuse l'importance d'aiguiser, voire transformer nos pratiques si nous voulons être garant du confort et du rendement des équipes soignantes.

9.2. Limites et forces de l'étude

Une première limite est que ce mémoire n'intègre pas les types psychologiques des leaders ainsi que ceux des soignants de terrain. Néanmoins nous savons qu'ils ont un impact sur la capacité à exercer ce type de leadership et sur la manière dont se comportent les collaborateurs de soins [5]. Par exemple, nous savons qu'un individu charismatique [11] ou encore enthousiaste et optimiste [13] est idéal à l'application du leadership transformationnel... mais ce sont des caractéristiques se voulant plutôt innées qu'applicables sur base théorique.

Le MLQ bien qu'étant un outil utilisé massivement pour la mesure du type de leadership, possède également ses limites. En effet, plusieurs études dont la critique de

Hutchinson et Jackson [47] mentionne la structure de ce questionnaire comme favorisant à l'intercorrélation entre les composantes du TFL. Cependant, cette critique cite une propension à obtenir des scores élevés aux sous-échelles transformationnelles et de récompense contingente. Ce n'est pas le cas de la présente étude (cfr 8.9), ce qui pourrait être expliqué par le fait que nous avons adapté notre questionnaire à notre réalité et notre contexte.

Concernant la marge d'erreur, nous avons pris les précautions de vérifier celle-ci afin qu'elle ne soit pas trop élevée. De ce fait, nous n'avons pas pu isoler les données récoltées auprès des infirmiers en chef d'unités pour leurs analyses (rapport des participants sur le nombre total potentiel, trop faible).

Retenons aussi, que la participation à notre enquête s'est déroulée sur base volontaire, nous avons donc un biais de sélection éventuel concernant les répondants. De plus, ce mémoire se limite aux services interrogés avec notre questionnaire. En effet, nous n'avons pas d'échantillon aléatoire simple car la clinique ainsi que les services ont été sélectionné intentionnellement. Cependant, cela comporte des objectifs précis expliqués dans nos méthodes.

Pour ce qui est des biais d'informations, nous avons pris les précautions de les écarter au possible. Par exemple, pour ce qui est des scores de présentéisme et d'absentéisme, nous avons vérifié la cohérence des données obtenues à l'aide d'une formule communiquée dans l'outil de scorage du HPQ [40]. Notons quand même, que l'obtention d'un score de présence (et d'absence) réellement représentatif sur l'ensemble du personnel durant une année complète, est une tâche compliquée. Véritablement, notre score HPQ prend en compte le travail effectué soit sur la dernière semaine de travail, soit sur le dernier mois. Il est donc difficile d'écarter toute confusion à ce niveau car, la profession soignante possède des horaires assez variables d'une semaine à l'autre. Cela explique peut-être, le manque de significativité de nos corrélations entre performance et TFL.

Pour ce qui porte sur les biais de confusion, nous avons fait en sorte de les tester et de vérifier qu'ils n'étaient pas influents sur nos corrélations. Effectivement, lors de nos régressions linéaires (8.7, 8.8), nous avons rejeter les facteurs confondants contingents en démontrant qu'ils n'étaient pas associés à une différence significative sur nos résultats d'analyse.

9.3. Recommandations

Etant donné le caractère restrictif de notre étude, nous formulons un intérêt considérable à son implication aujourd'hui mais surtout, à son approfondissement de demain. De fait, il nous semble intéressant d'effectuer une recherche semblable en Belgique mais à plus grande échelle. Nous entendons par là, d'y inclure plusieurs hôpitaux, sans sélection de services et en tentant d'obtenir un maximum de retours aux futures enquêtes élaborées. Une intégration des types psychologiques bien que complexe à mettre en œuvre, est une composante intéressante à ajouter aux diverses recherches à venir.

Ensuite, nous émettons un point d'attention à la formation des infirmiers en chefs d'unités et des cadres. Cela dans le but de tendre vers des comportements adéquats au niveau du leadership transformationnel [11] et ainsi, maximiser les 2 composantes nous intéressant dans ce travail, à savoir le bien-être et la performance des soignants. Notons que le caractère continu de cet apprentissage est une strate additionnelle à mettre en évidence. Cela afin de pouvoir être acteur du changement, de la transformation de manière régulière et tout au long de la carrière professionnelle.

Aussi, précisons que ce travail contribue à offrir certains outils aux différents départements de direction, notamment dans le cas présent, au département infirmier. Bien que les scores obtenus auprès des cadres soient assez élevés (cfr tableaux 8, 10), nous avons observé des disparités entre ceux-ci et les scores obtenus auprès des soignants (cfr figure 6, 7). Nous exprimons donc l'écart entre ce qui est d'application sur le terrain par rapport à ce qui est formulé ou du moins espéré par la direction du département infirmier. Cela marque la complexité de mise en pratique du TFL de manière harmonieuse et étendue à toute l'institution.

En relation avec les 2 paragraphes ci-dessus, nous soulignons l'intérêt que ce travail prête aux infirmiers en chef d'unité. Premièrement, en annonçant les répercussions positives du TFL au sein des unités. Secondement, en sensibilisant ces infirmiers à l'importance de se former, de se tenir à jour et de tenter d'entrer dans une démarche d'amélioration continue de leurs propres compétences, de celles d'autrui.

En poussant et en motivant les infirmiers de terrain, les leaders transformationnels se montrent bénéfiques à la satisfaction, à la performance et à l'engagement des soignants. De cette manière, ils favorisent la sécurité patient [7] ainsi que la qualité des soins [18] et peuvent aussi, amener une nouvelle vision au sein du service ou encore, au sein de l'institution [5].

Enfin, à l'heure où la robotisation des soins se veut de plus en plus présente [49], il est impératif d'analyser les bénéfices des différentes visions actuelles et futures. Parmi celles-ci, nous observons l'approche développée dans ce mémoire, se montrant humaine de part sa définition (altruisme, stimulation intellectuelle, importance des choix et avis personnels, etc.) et une approche technologique, basée sur l'évolution du monde informatique et la naissance des nouveaux outils qui y sont liés. Cette dernière semble afficher moins de valeurs humaines [50] et est donc intéressante à questionner à posteriori, dans de nouvelles recherches. Cela, afin d'établir quelles sont les méthodes plus pertinentes à considérer dans le domaine des soins et les multiples raisons qui justifient leurs implémentations.

10. Conclusion

Ce mémoire était régi par un objectif. Enumérer la pertinence des constituants du leadership transformationnel dans le milieu des soins belges en les associant à l'amélioration du bien-être et de la performance des soignants.

Cette recherche s'est soldée par des résultats constructifs, concordant partiellement avec la littérature disponible. Dans notre analyse, la corrélation entre performance et TFL possède un faible poids scientifique néanmoins, elle est démontrée au travers de diverses études citées tout au long de ce travail. En affichant un environnement de travail favorable à la satisfaction et à l'efficacité des soignants, le TFL se veut être une base de bonnes pratiques de leadership dans les institutions de soins en Belgique.

La vision transformationnelle voulant inspirer, motiver ses collaborateurs, stimuler à la réflexion et considérer ses collègues de manière individuelle, montre un certain engouement auprès de nos dirigeants. Favorisant également l'engagement et l'esprit d'équipe, le leader transformationnel apparaît comme étant bénéfique sur de multiples strates autour des soins. En étant charismatique et altruiste, il suscite le respect et la confiance des soignants. De plus, en se conduisant comme un modèle, il les influence et sait aussi, les pousser à atteindre un niveau supérieur de compétence.

Notre travail concourt à faire avancer la recherche pour ce qui est des pratiques en leadership au sein des institutions belges. Bien que ciblé sur une clinique unique, il constitue un rare support de TFL dans cette zone géographique.

Aussi, les diverses recommandations ainsi que l'ensemble du mémoire peuvent servir d'outil pour de futur travaux, pour les cadres ou les infirmiers en chef désirant approfondir voire découvrir le leadership transformationnel et ses éventuels bénéfices pour le domaine des soins.

Nonobstant ce qui est cité ci-dessus, nous devons nous questionner sur l'avenir de la profession de soignant. En effet, un tel leadership, bien que fructueux sur une multitude d'éléments, est-il en adéquation avec le monde des soins tel qu'il évolue ? Nous entendons par là que le secteur de la santé et plus précisément les institutions qui y sont attachées, s'accordent à développer la technologie de pointe et à robotiser les soins [49]. Le rendement est aujourd'hui au centre des intérêts institutionnels et les protocoles étant de mises, sans cesse actualisés, sont de plus en plus nombreux. Cela pourrait, dans un futur plus ou moins proche, créer une grève

de zèle [51] de la part du personnel soignant en les poussant à appliquer une série de recommandations sans vraiment réfléchir aux actes posés. De fait, cette avancée semble contradictoire avec les constituants du leadership transformationnel, telles que la stimulation intellectuelle ou encore la considération individualisée. Nous allons vers une certaine déshumanisation des soins [50] qu'il est primordial de prendre en compte dans nos recherches à venir.

Ce dernier point clôture notre travail et aborde un sujet pouvant être exploré dans de futures études afin d'établir quelles sont les différentes visions de l'avenir et lesquelles paraissent les plus propices à maximiser l'efficacité, la satisfaction patient et soignant, la qualité des soins tout en maintenant l'esprit humain de notre profession.

Bibliographie

- [1] Macq, J. (2020). *WFSP2101 - Organisation des soins et système de soins de santé*. Diffusion universitaire. Université Catholique de Louvain.
- [2] Verdoot, C. (2015). L'hôpital à l'épreuve de l'austérité. *HesaMag 11*, 14.
- [3] Dewanto, A., & Wardhani, V. (2018). Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia. *BMC nursing*, 17(2), 52.
- [4] Cherkaoui, W., Montargot, N., & Yanat, Z. (2012). Changement organisationnel et déterminants du stress: Étude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question de Management*(1), 41-55.
- [5] Meurens, P., & Thunus, S. (2020). *WFSP2260 - Management humain et comportement organisationnel*. Diffusion universitaire. Université Catholique de Louvain.
- [6] Boudrias, J. S., Brunelle, E., & d'Amours, L. (2015). Qui sont les leaders transformationnels? *Gestion*, 40(2), 27-29.
- [7] Poghosyan, L., & Bernhardt, J. (2018). Transformational leadership to promote nurse practitioner practice in primary care. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1066-1073.
- [8] Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J. et al. (2019). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus—Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- [9] Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice*. Sage publications.
- [10] Levy-Leboyer, C. (1998) *La motivation dans l'entreprise : Modèles et stratégies*. Editions d'Organisation.
- [11] Fischer S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2644–2653.

- [12] Thompson J. (2012). Transformational leadership can improve workforce competencies. *Nursing management (Harrow, London, England : 1994)*, 18(10), 21–24
- [13] Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *The Journal of applied psychology*, 88(2), 207–218.
- [14] Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2006). *The leadership challenge* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- [15] Taylor, T. A. (2002). *Examination of leadership practices of principals identified as servant leaders* (Doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia).
- [16] Choi, S. L., Goh, C. F., Adam, M. B. H., & Tan, O. K. (2016). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Human resources for health*, 14(1), 73.
- [17] Masood, M., & Afsar, B. (2017). Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nursing inquiry*, 24(4), e12188.
- [18] Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66(2), 180-189.
- [19] Tyczkowski, B., Vandenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch, S. M., & Jakkola, R. (2015). Emotional intelligence (EI) and nursing leadership styles among nurse managers. *Nursing administration quarterly*, 39(2), 172-180.
- [20] Spano-Szekely, L., Griffin, M. T. Q., Clavelle, J., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101-108.
- [21] Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2), 232-241.
- [22] Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20(1), 45-67.

- [23] Egolf, D. B. (2013). Forming storming norming performing: Successful communication in groups and teams. IUniverse.
- [24] Manges, K., Scott-Cawiezell, J., & Ward, M. M. (2017, January). Maximizing team performance: the critical role of the nurse leader. In *Nursing forum* (Vol. 52, No. 1, pp. 21-29).
- [25] McKibben, L. (2017). Conflict management: importance and implications. *British Journal of Nursing*, 26(2), 100-103.
- [26] Saccomano, S. J., & PINTO-ZIPP, G. (2011). Registered nurse leadership style and confidence in delegation. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 522-533.
- [27] World Health Organization. (2013). The European health report 2012: charting the way to well-being.
- [28] McCay, R., Lyles, A. A., & Larkey, L. (2018). Nurse leadership style, nurse satisfaction, and patient satisfaction: a systematic review. *Journal of nursing care quality*, 33(4), 361-367.
- [29] Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522-528.
- [30] Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26).
- [31] Yarbrough, S., Martin, P., Alfred, D., & McNeill, C. (2017). Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay. *Nursing Ethics*, 24(6), 675-685.
- [32] Aubé, C., Rousseau, V., (2016). Pour des équipes en santé ! *Gestion HEC Montréal*. Retrieved from <https://www.revuegestion.ca/pour-des-aequipes-en-santae>
- [33] García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2016). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of nursing management*, 24(2), E101-E111.

- [34] Hu, S. H., Yu, Y. M., Chang, W. Y., & Lin, Y. K. (2018). Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 876-882.
- [35] Van Dyk, J., Siedlecki, S. L., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Frontline nurse managers' confidence and self-efficacy. *Journal of nursing management*, 24(4), 533-539.
- [36] Cziraki, K., Read, E., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. (2018). Nurses' leadership self-efficacy, motivation, and career aspirations. *Leadership in Health Services*.
- [37] Pishgooie, A. H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., & Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of nursing management*, 27(3), 527-534.
- [38] Scolab. (2020). *Méthode quantitative* [Consulté le 08/12/2020]. Retrieved from <https://lexique.netmath.ca/methodes-quantitatives/>
- [39] Stamm, B. H. (2012). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Retrieved from www.proqol.org.
- [40] Kessler, R.C., Barber, C., Beck, A.L., Berglund, P.A., Cleary, P.D., McKenas, D., Pronk, N.P., Simon, G.E., Stang, P.E., Üstün, T.B., Wang, P.S. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (2), 156-174.
- [41] Tejada, M. J., Scandura, T. A., & Pillai, R. (2001). The MLQ revisited: Psychometric properties and recommendations. *The leadership quarterly*, 12(1), 31-52.
- [42] Speybroeck, N. (2018). *WESP1011 – Introduction à la recherche scientifique en santé publique*. Diffusion universitaire. Université Catholique de Louvain.
- [43] CSPO. (2020). *Activités* [consulté le 08/12/2020]. Retrieved from <https://www.cspo.be/content/activit%C3%A9s>
- [44] Dussault, G., Fournier, M., Zanchetta, M., Kérouac, S., Denis, J., Bojanowski, L., Carpentier, M. & Grossman, M. (2004). The Labor Market for Nurses in Canada (1985–1999). *Santé Publique*, 2(2), 251-261.
- [45] Rainbow, J. G., Drake, D. A., & Steege, L. M. (2020). Nurse Health, Work Environment, Presenteeism and Patient Safety. *Western journal of nursing research*, 42(5), 332–339.

- [46] Nie, Z., Jin, Y., He, L., Chen, Y., Ren, X., Yu, J., & Yao, Y. (2015). Correlation of burnout with social support in hospital nurses. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(10), 19144–19149.
- [47] Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nursing inquiry*, 20(1), 11-22.
- [48] Arnold, K. A., Connelly, C. E., Walsh, M. M., & Martin Ginis, K. A. (2015). Leadership styles, emotion regulation, and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 481.
- [49] Louiset, M. & Thys, F. (2020). *WFSP2262 – Gestion stratégiques des institutions de soins*. Diffusion universitaire. Université Catholique de Louvain.
- [50] Abry, J. (2009). Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation. *Connexions*, 1(1), 163-174.
- [51] Hers, D. (2018). *WFSP2102 – Psychologie de la santé : la souffrance des soignants*. Diffusion universitaire. Université Catholique de Louvain.

Annexes

Les 3 questionnaires utilisés lors de l'enquête

<u>ProQOL (satisfaction et bien-être) [39]</u>	
Répondre par : 1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent	
Je suis heureux	
Je suis préoccupé par plus d'une personne que j'aide	
Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres	
je me sens lié à autrui	
Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus	
Travailler avec ceux que j'aide me donne de l'énergie	
Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant	
Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'aide	
Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'aide	
Je me sens pris au piège par mon travail d'aide	
En raison de mon travail d'aide, je me suis senti "sur les nerfs" pour diverses raisons	
J'aime mon travail d'aide	
Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide	
J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai aidée	
Mes croyances/convictions me soutiennent	
Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'aide	
Je suis la personne que j'ai toujours voulu être	
Mon travail me procure de la satisfaction	
Je me sens épuisé par mon travail d'aide	
J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'aide et la façon dont j'ai pu les aider	
Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable	
Je crois que mon travail me permet de faire la différence	
J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'aide	
Je suis fier de ce que je peux faire pour aider	
Du fait de mon travail d'aide, je suis envahi par des pensées effrayantes	
Je me sens "coincé" par le système	
J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'aide	

Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatismes	
Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui	
Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail	
Attendez-vous une amélioration de votre bien-être/satisfaction ?	O/N
Êtes-vous motivé à vous mobiliser pour changer les choses ?	O/N
Selon vous, en quoi réside la clé du bien-être au travail?	Le gestion d'équipe L'esprit d'équipe Les motivations individuelles Le style de vie personnel Autre :

Pour l'outil de scorage se référer à la source [39]

HPO short form (la performance) [40]

Combien d'heures au total avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours? (Si plus de 97, écrire 97)	heures
Combien d'heures de travail votre employeur attend t-il de vous au cours d'une semaine typique de 7 jours ? (Si ce nombre varie, estimer la moyenne. Si plus de 97, écrire 97)	heures
<i>Maintenant, merci de réfléchir à votre travail au cours des 4 dernières semaines (28jours). Remplissez les cadres ci-dessous avec le nombre de jours passés dans chacune des situations de travail mentionnées.</i>	<i>Nombre de jours (00-28)</i>
<i>Durant les 4 dernières semaines (28jours), combien de jours avez-vous...</i>	
a. ...manqué une journée entière de travail à cause d'un problème de santé physique ou mentale? (merci d'indiquer seulement les jours d'absence dus à votre santé personnelle et non à cause de problèmes de santé de quelqu'un d'autre).	jour(s)
b. ...manqué une journée entière de travail pour toute autre raison? (y compris pour des vacances)	jour(s)
c. ...manqué en partie une journée de travail à cause d'un problème de santé physique ou mentale? (merci d'indiquer seulement les jours d'absence dus à votre santé personnelle et non à cause de problèmes de santé de quelqu'un d'autre).	jour(s)
d. ...manqué en partie une journée de travail pour toute autre raison? (y compris pour des vacances)	jour(s)
e. ...eu à venir plus tôt, partir plus tard ou travailler pendant vos jours de repos?	jour(s)
Combien d'heures au total avez-vous travaillé au cours des 4 dernières semaines (28jours)?	heures
Sur une échelle de 0 à 10 où 0 est la plus mauvaise performance au travail possible à votre poste et 10 la meilleure performance possible, comment noteriez-vous la performance habituelle de la plupart des travailleurs à un poste similaire au vôtre?	
Sur la même échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre performance habituelle pendant la ou les deux dernières années?	
Sur la même échelle de 0 à 10, comment noteriez-vous votre performance globale pendant les jours où vous avez travaillé au cours de ces 4 dernières semaines (28 jours)?	
Pensez-vous avoir le temps suffisant pour effectuer un travail de qualité ?	O/N
Pensez-vous qu'une modification de l'organisation de l'équipe puisse maximiser cette efficacité ?	O/N
Attendez-vous une amélioration de la performance?	O/N
Êtes-vous motivé à vous mobiliser pour changer les choses ?	O/N
Selon vous, en quoi réside la clé de la performance au travail?	La gestion d'équipe

	L'esprit d'équipe
	Les motivations individuelles
	Le style de vie personnel
	Autre :

Pour l'outil de scorage se référer à la source [40]

Questionnaire leadership personnalisé [41]

Répondre entre 1 et 5

"infirmier en chef" = infirmier en chef d'unité ou infirmier chef de service (cadre intermédiaire) ou infirmier chef de la direction du département infirmier

"soignant" = infirmier ou aide-soignant

Répondre par : 1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent

L'infirmier en chef se satisfait de toujours laisser l'équipe agir de façon identique	
L'infirmier en chef se conduit de manière à vous motiver individuellement tout en consolidant l'esprit d'équipe	Inspirer une vision partagée
L'infirmier en chef modifie le fonctionnement de l'équipe seulement lorsque une faute est commise	
L'infirmier en chef trouve insignifiant l'avis personnel de ses collaborateurs	<i>antagoniste de la considération individuelle</i>
Les soignants sont poussés à effectuer leur activité dans le but d'avoir un retour	
L'infirmier en chef informe l'équipe sur les protocoles à maîtriser pour fournir un travail correct	
L'infirmier en chef aide l'équipe à considérer de manière nouvelle un problème passé	Remettre en question le processus
L'infirmier en chef a de la reconnaissance pour son personnel et stimule chaque membre de l'équipe	Travail fait avec cœur
Le personnel est inspiré par les compétences de l'infirmier en chef, il en est fier et offre son respect	Modéliser la voie
L'infirmier en chef semble indifférent au travail de l'équipe, il exécute ses propres tâches individuellement	<i>antagoniste de la motivation inspirante</i>
Un soignant qui est mis de côté suscite la bienveillance de l'infirmier en chef	
L'infirmier en chef ne tente aucune modification dans l'organisation si le service tourne correctement	
L'infirmier en chef est satisfait du moment que le travail élémentaire est effectué	
Donner du sens au travail est un élément important pour l'infirmier en chef (cohérence entre vos valeurs et votre travail)	Travail fait avec cœur
L'infirmier en chef nous demande de travailler différemment même si aucun problème n'est constaté	
La relation entre le personnel et l'infirmier en chef est très solide	
L'infirmier en chef pousse l'équipe à se questionner par rapport à certaines conceptions jamais protestées précédemment	Remettre en question le processus
Si le soignant atteint ses objectifs, l'infirmier en chef lui donne rétribution	
L'infirmier en chef inspire les autres avec une vision enthousiaste du futur	Inspirer une vision partagée

L'altruisme (l'humanité) semble insignifiant pour l'infirmier en chef	<i>antagoniste de l'influence idéalisée</i>
Il faut qu'un écart soit fait pour que du changement se produise	
L'infirmier en chef est toujours en adéquation avec le travail des soignants	
L'infirmier en chef soutient et facilite le développement personnel, en accordant de l'importance aux soignants de manière individuelle	Permettre aux autres d'agir
Le respect des protocoles par l'équipe provoque la plénitude de l'infirmier en chef	
L'infirmier en chef incarne les valeurs qu'il prône	Modéliser la voie
L'infirmier en chef vous pousse à atteindre un niveau supérieur de compétences, à être innovant dans votre travail	Permettre aux autres d'agir
Si les soignants veulent être gratifiés, il est nécessaire qu'ils agissent d'après ce que l'infirmier en chef décide	
L'infirmier en chef rejette les visions contraires aux siennes, les nouvelles idées ont peu d'intérêt pour lui	<i>antagoniste de la stimulation intellectuelle</i>
Êtes-vous satisfait de la manière dont est gérée l'équipe de soins?	O/N
Pensez-vous que cette gestion peut être améliorée ?	O/N
Parmi ces phrases lesquelles vous semblent les plus pertinentes pour augmenter votre bien-être et votre performance ? (max 3)	

Outil de scorage leadership personnalisé.

<u>Légende 1 : leadership exercé</u>	<u>Légende 2 : 5 pratiques d'un meilleur leader de Kouzes et Posner</u>
1: le "laisser-faire"	Modéliser la voie
2: management par exeption passif	Inspirer une vision partagée
3: le management par exception actif	Remettre en question le processus
4: la récompense contingente	Permettre aux autres d'agir
5: l'influence idéalisée	Travail fait avec cœur
6: la motivation inspirante	
7: la stimulation intellectuelle	
8: la considération individuelle	
9: leurre	
<u>Rangs des scores :</u> Haut : 12-15 Moyen : 8-11 Bas : 3-7	<u>Rangs des scores :</u> Haut : 8-10 Moyen : 5-7 Bas : 2-4
TFL de Bass et Avolio <i>Rangs des scores TFL (total)</i> Haut : 45-60 Moyen : 29-44 Bas : 12-28	

