

**Faculté de santé publique**

**Quel est le vécu des infirmiers  
démobilisés et de ceux les ayant reçus  
lors de la première vague de Covid-19 ;  
quelles sont les répercussions sur leur  
santé mentale et quelles pistes  
d'amélioration pourraient être  
proposées ?**

Mémoire réalisé par  
**Salomé Mory**  
**Valentine Kahn**

Promoteur(s)  
**Nataly Filion**  
**Gérald Deschietere**

Année académique 2021-2022  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de notre mémoire.

La première personne que nous tenons à remercier est Madame Nataly Filion, notre promotrice, pour sa patience, ses conseils et pour le temps qu'elle nous a consacré.

Merci à elle de nous avoir guidées tout au long de l'année.

Merci à Mr Thierry Samain qui a pris le temps de nous lire.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude aux infirmiers ayant répondu à nos entretiens, rien n'aurait été possible sans eux.

Nos remerciements s'étendent à tous les professeurs de la faculté de santé publique pour la transmission de connaissances théoriques et pratiques lors de nos années de master.

Aussi, nous tenons à remercier Christelle, Junior, Marie et Tarek pour leur aide précieuse et leur soutien pendant nos études.

Enfin, nous remercions infiniment nos grands-pères respectifs, André et Guy, pour leurs nombreuses relectures ainsi que nos proches pour leur soutien inconditionnel.

## Le plagiat

*Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre 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. Nous déclarons 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

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>1</b>
<b>LE PLAGIAT .....</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>8</b>
I. INFIRMIERS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS.....	8
II. PUH ET DÉMOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES.....	9
III. RISQUES PSYCHOLOGIQUES POUR LES SOIGNANTS .....	10
1. <i>Anxiété</i> .....	11
2. <i>Préjudice et Détresse morale</i> .....	12
3. <i>Assuétudes</i> .....	13
4. <i>Stress</i> .....	13
5. <i>L'état de stress post-traumatique (ESPT)</i> .....	14
6. <i>Burn-out et épuisement professionnel</i> .....	16
IV. STRATÉGIES D'ADAPTATION .....	18
1. <i>Coping et résilience</i> .....	18
2. <i>Ressources personnelles, humaines et managériales</i> .....	20
V. SANTÉ PUBLIQUE ET PRÉVENTION DES TRAVAILLEURS.....	23
VI. CONCLUSION DU CADRE THÉORIQUE .....	25
<b>MÉTHODE.....</b>	<b>26</b>
I. INTRODUCTION .....	26
II. BUT DE L'ÉTUDE .....	26
III. MÉTHODES .....	27
1. <i>Choix de la méthode</i> .....	27
2. <i>Choix de l'outil</i> .....	27
IV. RÉSULTATS.....	32
1. <i>Contexte de travail</i> .....	35
2. <i>Démobilisation : Annonce</i> .....	36
3. <i>Difficultés rencontrées lors de la première vague</i> .....	38
4. <i>Gestion managériale</i> .....	39
5. <i>Champ de compétences</i> .....	42
6. <i>Stress et facteurs stressants rencontrés lors de la première vague</i> .....	43
7. <i>L'empathie</i> .....	44
8. <i>Émotions ressenties</i> .....	45
9. <i>Épuisement professionnel et burn-out</i> .....	46
10. <i>Mise en place de dispositifs au sein de l'institution</i> .....	47
11. <i>Augmentation des consommations (Alcool, drogue, jeux vidéo, boissons énergisantes, cigarettes, etc.)</i> 48	
12. <i>Les manques lors de la première vague</i> .....	49
13. <i>Motivations, stratégies d'adaptation et éléments essentiels au travail</i> .....	50
14. <i>Changement dans la façon d'être ou de travailler après la première vague</i> .....	51
15. <i>Ce qui aurait pu être amélioré par rapport au bien-être sur le terrain</i> .....	52
16. <i>Éléments positifs de la première vague</i> .....	53

17.	<i>Éléments négatifs de la première vague</i> .....	54
V.	DISCUSSION .....	55
1.	<i>Convergences, divergences des résultats et mise en lien avec la littérature</i> .....	55
2.	<i>Limites, forces et difficultés de la recherche</i> .....	62
VI.	CONCLUSIONS GÉNÉRALES .....	64
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>66</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>71</b>
I.	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	71
II.	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN PSYCHIATRIE .....	72
III.	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN AUX SOINS INTENSIFS.....	76
IV.	ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	80

## Table des figures

Figure 1 : Coping (Modèle de Folkman et Lazarus 1984)

## Liste des abréviations

APD : Anticiper, planifier, dissuader

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPI : Équipement de protection individuelle

ESPT : État de stress post-traumatique

FNIB : Fédération des infirmiers indépendants de Belgique

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PUH: Plan d'urgence hospitalier

SISU : Titre professionnel particulier en soins intensifs et soins d'urgence

SPF : Service Public Fédéral

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

## Introduction

Fin d'année 2019, la pandémie du Covid-19 fait son apparition en Chine. Rapidement, le monde entier est touché et l'épidémie se propage. Cette dernière arrive en Belgique en mars 2020 et force les hôpitaux à réagir et innover. Selon Fallon et al. (2020), la Belgique, dans le cadre de la crise du Covid-19, déclenche une phase fédérale<sup>1</sup> de coordination stratégique de crise à partir du 13 mars 2020.

Rapidement, le nombre d'hospitalisations augmente : 17 000 durant la période de la première vague, c'est-à-dire entre le 1er mars et le 22 juin 2020. (Sciensano, 2020)

Les patients atteints du Sars-cov2 s'accumulent tant dans les services d'hospitalisation qu'aux soins intensifs et il est nécessaire de rapidement y faire face. Cependant la pandémie fait ressortir un problème connu depuis des années déjà : le manque de personnel infirmier. (Martial, 2021)

Selon Aurore de Wilde, présidente de la fédération des infirmiers indépendants de Belgique (FNIB), il y a une absence de valorisation salariale et un manque de reconnaissance de la pénibilité du métier qui n'ont fait qu'empirer avec la pandémie. (Guide Social, 2021)

Les services d'hospitalisation et de soins intensifs ne parviennent plus à gérer le flux de patients et reçoivent donc de l'aide du personnel de tout horizon.

En effet, comme le soulignent Van de Voord et al. (2020), la temporisation dans les services de routine comme : les hôpitaux de jour psychiatriques ou encore les interventions chirurgicales non urgentes, a permis de libérer du personnel.

---

<sup>1</sup> Qu'est-ce qu'implique une phase fédérale ?

Selon l'arrêté royal du 22 mai 2019 précité, article 23,§4 cités dans Fallon et al. (2020) :

« La phase fédérale est déclenchée lorsque les conséquences directes ou indirectes de la situation d'urgence nécessitent une gestion au niveau national, conformément à l'arrêté royal du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national, ainsi qu'aux plans d'urgence et procédures existants au niveau national »

Le rapport du KCE concernant la gestion hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie du Covid-19 nous informe également de certains chiffres quant à la mobilisation du personnel infirmier vers les services de soins intensifs. Sur 62 hôpitaux, 52 d'entre eux ont mobilisé du personnel ayant certaines compétences en soins intensifs (infirmiers urgentistes ou en salle d'opération), 76% d'entre eux ont composé des équipes mixtes alliant des infirmiers spécialisés avec des infirmiers généraux et 47% ont mobilisé des infirmiers provenant des services d'hospitalisation. (Van de Voord et al., 2020)

D'après El-Hage et al. (2020), étant donné le flux de patients toujours abondant dans les services généraux, une réorientation des infirmiers vers les services en manque d'effectif est nécessaire. Les soignants se voient attribuer de nouvelles missions et certaines unités de psychiatrie, voyant leur service fermer, ont participé au mouvement.

Ces soignants, sortant de leur champ de compétences, pourraient alors se retrouver dans une situation d'inconfort. Il n'en serait pas des moindres pour les intensivistes retrouvés à devoir former et suivre un personnel qui pourrait s'avérer partiellement ou non qualifié. (Van de Voord et al., 2020)

Comme le décrivent El-Hage et al. (2020) les infirmiers sont en première ligne, exposés à une charge virale élevée, en pénurie de matériel et confrontés à de hauts risques de contamination. Ceux-ci sont épuisés, voient leur espace de travail réorganisé et font face à un nombre inhabituel de décès que ce soient leurs patients ou encore leurs collègues.

Le contexte n'est idéal pour personne, le stress se fait ressentir autant pour les infirmiers démobilisés que pour ceux qui les reçoivent. La pandémie du Covid-19 a généré une charge de stress intense pour les soignants alors que ceux-ci exercent une profession avec un risque de stress, burn-out et suicide déjà plus élevé que la moyenne. (Chirico et al. 2021)

À travers ce mémoire, sera explorée la question de recherche suivante : « *Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?* »

## Cadre Théorique

Celui-ci consiste en une recherche de données littéraires afin de permettre à tout un chacun de comprendre au mieux le vocabulaire utilisé et, ainsi, de rendre ce travail accessible à tous.

De plus, il se révèle indispensable pour la création du guide d'entretien qui sera développé ultérieurement. Dans le but de développer au mieux ce cadre théorique, il est judicieux de commencer par énoncer les différences entre infirmiers généraux et spécialisés ainsi que de décrire la mise en place d'un plan d'urgence hospitalier (PUH).

Nous allons également présenter, en nous basant sur la littérature, différents concepts de la santé mentale essentiels pour la bonne compréhension de ce mémoire.

Seront ensuite abordées les différentes pathologies et conséquences du vécu de la pandémie telles que : le stress aigu, les symptômes de dépression, les addictions, l'état de stress post-traumatique, l'épuisement professionnel et le burn-out.

Enfin, différentes stratégies d'adaptation seront exposées comme : le coping, la résilience et le soutien social.

### I. Infirmiers généraux et spécialisés

Au sein de la communauté française, les prestataires de l'art infirmier (PAI) se scindent en deux profils à savoir : les infirmiers brevetés et les bacheliers en soins infirmiers.

(Gobert et al. 2010). Nous allons dans ce cas-ci nous concentrer sur les bacheliers.

Un bachelier, qui, donnant accès au titre d'infirmier responsable en soins généraux, est une formation théorique et pratique de type Haute-école se déroulant auparavant sur trois années passées depuis 2019 à des études en quatre ans.

Après l'obtention du bachelier, un accès à certaines spécialisations est possible comme : Santé mentale et psychiatrie ou Soins intensifs et aide médicale urgente, qui sont les deux filières auxquelles nous allons nous intéresser. Celles-ci se suivent sur une année académique supplémentaire à nouveau avec deux aspects : théoriques et pratiques.

Certaines normes d'encadrement se présentent aux soins intensifs. D'après Herpelinck et al. (2016), dans un cadre légal, un titre professionnel particulier (TPP) est créé par la Santé Publique depuis 1996 : le titre d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence, aussi appelé TPP SISU.

En 1998, il a été établi par l'état fédéral, trois arrêtés royaux stipulant l'obligation d'un quota de 50% d'infirmiers porteurs du TPP SISU dans les services de soins intensifs et d'urgence afin d'être agréé. Finalement, en 2007, une liste de prestations techniques de soins infirmiers et d'actes confiés par un médecin aux praticiens de l'art infirmier est entrée en vigueur. De ce fait, il appartient uniquement aux infirmiers titrés de pouvoir exécuter ces actes, permettant ainsi une autonomie infirmière.

Par ailleurs, lors de situations de crises telle une pandémie, il arrive que des décisions soient prises dans l'urgence rendant impérieux le fait d'effectuer des choix inhabituels.

## II. PUH et démobilisation des ressources humaines

*“Le plan d'urgence hospitalier (PUH) est lancé quand un hôpital est confronté à un afflux soudain de patients. Tout hôpital est tenu d'en avoir un. Le PUH décrit les procédures destinées à faire face de façon efficiente à cet accroissement subit de patients, sans que les soins aux patients déjà hospitalisés en soient compromis. La capacité d'accueil de l'hôpital doit alors pouvoir être augmentée rapidement. Il importe bien sûr de disposer de lits, d'équipements et de personnel en suffisance.”* (Van de Voord et al., 2020)

D'après le rapport du KCE de Van de Voord et al. (2020), l'existence d'un PUH est déjà connue par chacun des hôpitaux, celle-ci a permis, lors de la pandémie, une mise en place rapide de diverses actions. Initialement prévu pour une crise soudaine et de courte durée, ce plan d'urgence a néanmoins permis une gestion rapide de la capacité hospitalière.

Ceux-ci nous informent que, dans le cadre de la pandémie du Covid-19 et au vu du caractère aigu de la crise, des actions locales ont dû être mises en place telles que la formation du personnel dans la prévention et le contrôle des infections ainsi que l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI). Le personnel des soins intensifs a été formé en première intention, une moindre formation est rapportée concernant les services généraux (27% d'entre eux).

Grâce à la déprogrammation des soins médicaux routiniers et non urgents, une libération importante des ressources humaines à savoir du personnel médical, infirmier et autres s'est organisée. Les services de soins intensifs ont reçu davantage d'aide de personnel avec des connaissances requises (salle d'opération, néonatalogie et urgences) alors que les services d'hospitalisation ont reçu l'aide d'infirmiers des services ayant fermé dans le cadre de la pandémie (consultation, psychiatrie, etc.).

Selon Hines et al. (2021), les professionnels de la santé connaissent depuis longtemps le devoir de diligence en faisant le sacrifice de leurs besoins personnels pour ceux des patients. Ils encourent des risques en s'exposant à des infections, à la mort ou encore au surmenage.

D'après Van de Voord et al. (2020), les soignants travaillant dans des conditions difficiles et sous une pression intense sont exposés à différents risques pour leur santé mentale que nous allons développer ci-dessous.

### III. Risques psychologiques pour les soignants

Selon El-Hage et al. (2020), un consensus existe dans la littérature exprimant le fait que les professionnels de la santé présentent un risque important de niveaux élevés de stress, d'anxiété ou encore de dépression. Également des risques d'épuisement professionnel, de toxicomanie et d'état de stress post-traumatique, pouvant impacter les aspects psychologiques sur le long terme.

Afin de décrire les différents troubles psychologiques pouvant émerger, il est important de rappeler la définition de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé, à savoir l'OMS (2019), définit la santé mentale comme : *“La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.”*

## 1. Anxiété

Le manuel de diagnostic statistique des troubles mentaux (DSM-5), décrit différentes formes d'anxiété : le trouble anxieux généralisé, l'anxiété sociale, la phobie spécifique, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ainsi que l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Il existe différents symptômes pour les troubles anxieux tels qu'une anxiété permanente qui peut également s'accompagner de troubles du sommeil, de tensions musculaires, de somatisations anxieuses, d'irritabilité ainsi que de réactions physiques excessives à certains stimuli. (American Psychiatric Association, 2013)

D'après El-Hage et al. (2020), lors de la première vague de Covid-19, la situation était particulièrement anxiogène et a fait naître de nombreuses inconnues. De plus, la pandémie est caractérisée par des changements ainsi que différentes craintes telles que le manque de compétences et de moyens, le sentiment de menace permanent ainsi que des questionnements au niveau éthique.

Vindegaard et Eriksen Benros (2020), nous indiquent que les symptômes dépressifs et anxieux ont augmenté depuis l'apparition du Covid-19 et ce, plus particulièrement chez les soignants.

Aussi, une étude mixte a été réalisée chez des infirmiers aux États-Unis afin de comprendre leurs expériences de vie durant la pandémie du Covid-19. D'une part, celle-ci rapporte une certaine anxiété chez les infirmiers quant à l'inconnu de ce nouveau virus. En effet ces derniers ont la crainte de rentrer chez eux et de prendre le risque de contaminer leur famille. D'autre part, l'anxiété est causée par le manque d'EPI et de ce fait la stérilisation d'équipements usagés causant une peur chez les soignants amenés à enfiler à plusieurs reprises les mêmes uniformes et augmentant donc le risque de contaminations. (LoGiudice et Bartos, 2021)

Ces sources d'anxiété sont également exprimées par Cabarkapa et al. (2020), décrivant les travailleurs de la santé de première ligne comme étant dans la peur de l'incertitude et de l'infection. Les soignants sont exposés à des risques d'infections élevés ainsi qu'à la mort et se retrouvent à devoir faire face à des dilemmes moraux.

De plus, les travailleurs de la santé représentent un groupe déjà vulnérable qui fait face à des expériences susceptibles d'augmenter le risque de problèmes de santé mentale, ceux-ci sont même plus à risque de suicide que la majorité de la population.

## 2. Préjudice et Détresse morale

*“Le terme « préjudice moral » désigne les répercussions psychologiques, sociales et spirituelles des événements qui, lors de situations critiques, vont à l’encontre des croyances ou valeurs morales profondes.”* (Phoenix Australia, 2020)

Ce concept, provient selon Phoenix Australia (2020), du domaine militaire à l’origine qui fait part des événements allant à l’encontre des convictions des soldats et ayant des effets négatifs persistants (psychologiques, sociaux et autres). Dans le cadre des soins de santé, le rôle du soignant consiste à prendre soin sans nuire. Ce dernier pourrait bafouer ses convictions morales et éthiques étant donné qu’il fait passer les besoins du patient avant les siens.

Il existe deux types de catégories d’événements : le premier incitant à poser ou non un geste et le deuxième exposant de façon indirecte à des violations par un tiers. Ces événements entraînent des réactions différentes chez chacun d’entre nous.

Les répercussions du préjudice moral sont au nombre de quatre :

- Sentiment de culpabilité, honte, colère, tristesse, anxiété et dégoût
- Des conséquences interpersonnelles comme une forte tendance à l’autocritique ou une mauvaise estime de soi
- Des conséquences interpersonnelles comme un évitement de l’intimité, une perte de confiance en l’autre et à l’égard des autorités
- Des conséquences existentielles et spirituelles : croyances religieuses perdues.

(Phoenix Australia, 2020)

Au préjudice moral nous pouvons rejoindre le concept de détresse morale se définissant par Jameton 1984 dans Dorris (2013) comme : *“La détresse morale survient quand on connaît la bonne action à poser ou la bonne chose à faire, mais que des obstacles et des contraintes organisationnelles empêchent d’agir en ce sens.”*

En effet, comme le disent LoGiudice et Bartos (2021), les infirmiers sont confrontés à une détresse non seulement psychologique, mais également physique et plus précisément à de la détresse morale. Cette dernière survient lorsque les infirmiers ne sont plus aptes à fournir des soins compatissants pour le patient, ce qui contribue à un certain épuisement professionnel voire à une usure de compassion.

Nous pouvons ajouter à cela une étude norvégienne publiée par Miljeteig et al. (2021), qui démontre que la gestion de certaines situations difficiles sur le plan éthique a des répercussions sur la détresse morale des employés. La perception de cette détresse est influencée par plusieurs facteurs à savoir les qualités personnelles, les conditions de travail au sein du service et certains facteurs externes comme une pandémie. La survenue de la détresse morale peut se constater lorsque certaines barrières ou obstacles viennent empêcher le soignant d'accomplir ce qu'il pense être éthiquement correct. Aussi, en ce qui concerne les infirmiers en psychiatrie ayant été redéployés au sein de leur hôpital, une détresse morale plus élevée est observée. Ceux-ci ont dû faire face à une lourdeur de prise de décision étant donné le service à haut risque qu'implique la pandémie et, de ce fait, ont été confrontés à des dilemmes de priorités.

### 3. Assuétudes

Étant donné le caractère récent de la pandémie, peu de données prouvent des répercussions du Covid-19 sur les addictions. Cependant, certaines données littéraires affirment un risque addictif augmenté à court et moyen terme. De plus, la facilité d'accès des soignants aux psychotropes comme les benzodiazépines et autres peut avoir un effet délétère. Finalement, le confinement entraîne une diminution d'accès et de vente d'alcool et pourrait entraîner un sevrage chez certains soignants dépendants. (El-Hage, et al. 2020)

### 4. Stress

Comme cité dans Servant (2013), le stress<sup>2</sup> est défini comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* » (Lazarus et Folkman, 1984).

Le stress n'est pas une pathologie, mais bien une réaction de notre organisme. Ce stress est donc un processus indispensable afin que l'individu puisse s'adapter à son environnement lorsque ce dernier devient plus difficile. Il est également rapporté que si la réaction au stress est chronique, répétée ou activée à un niveau très élevé, celle-ci peut devenir nocive.

(Légeron, 2008)

---

<sup>2</sup> Le Larousse (2021) définit ce mot comme : « *État réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque.* », tandis que le Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine (2021) nous propose : « *effort, contrainte, utilisés pour désigner les réactions psychosomatiques déclenchées dans un organisme par un agent agresseur physique (froid, acte chirurgical), biologique (agent infectieux), chimique (poison), organique (hémorragique) ou nerveux (effort, émotion) et pouvant entraîner des lésions tissulaires secondaires.* »

Selon Bruyneel et al. (2021), l'environnement intensif est connu pour être stressant et exigeant étant donné le degré de difficulté qu'implique l'état du patient.

Les infirmiers aux soins intensifs et aux urgences sont dans un environnement stressant continu et présentent de ce fait davantage de risques de développer un épuisement professionnel.

Il est également rapporté par LoGiudice et Bartos (2021), un stress augmenté chez les infirmiers par les protocoles d'hôpitaux changeant constamment et entraînant, par conséquent, une certaine confusion et un questionnement.

## 5. L'état de stress post-traumatique (ESPT)

Lors de la première vague de Covid-19, le manque de matériel et de ressources humaines s'est fait ressentir. Dans ce contexte, les soignants ont dû fournir des efforts intenses et répétés, tant physiques que psychologiques, ce qui a pu engendrer un risque de stress aigu pouvant par la suite devenir un état de stress post-traumatique. (Underner et al. 2021)

Pour parler de l'état de stress post-traumatique, nous nous baserons sur cette définition du DSM-5 : *“L'état de stress post-traumatique est un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développent suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques.”*

Cependant, le DSM-5 ne s'arrête pas à cette définition, en effet, chaque terme est décrit de manière spécifique. Nous pouvons mettre en évidence six symptômes types : la reviviscence, l'évitement, l'hyperréactivité, l'altération négative de l'humeur et de la cognition et enfin, dans les cas les plus avancés, une dépersonnalisation. (APA, 2013)

Les critères diagnostiques de l'ESPT se développent en six points :

1. Exposition à la mort, à des blessures graves, des violences sexuelles, etc. Que ce soit en ayant vécu directement l'événement traumatique, en tant que témoin, en apprenant que l'événement traumatique a été vécu par un ami proche ou par un membre de la famille, mais également à la suite d'une exposition répétée de ces problématiques (par exemple : les pompiers, infirmiers, policiers, etc.).
2. Apparition de symptômes tels que : des rêves répétitifs de l'événement, souvenirs pénibles, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives, détresse psychologique et réaction physiologique comme de la fatigue.
3. Altérations négatives de l'humeur et de la cognition telles qu'une perte de confiance en soi, des trous de mémoire spécifiques à l'événement, état émotionnel négatif persistant et une diminution de l'intérêt à des activités diverses.
4. Symptômes d'évitement : efforts pour éviter les souvenirs, émotions, rappels externes de la situation (lieux, activités, personnes, objets, conversations).
5. Comportement altéré : colère, irritation, imprudence et autodestruction, hypervigilance, problèmes de concentration et troubles du sommeil.
6. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative à différents niveaux : sociaux, professionnels et autres.

Qui plus est, ajoutons à ces critères qu'il est nécessaire de tenir compte de la durée de stress. En effet, le diagnostic de l'état de stress post-traumatique n'est posé qu'un mois après l'événement traumatique ; avant cela nous parlerons d'un état de stress aigu. (American Psychiatric Association, 2013)

Une étude réalisée à Wuhan par Lai et al. citée dans Underner et al. (2021) nous indique que les principaux facteurs de risques de développer un état de stress post-traumatique sont : le degré d'exposition au virus, la profession d'infirmier, le sexe féminin et une expérience professionnelle de courte durée à savoir peu d'années d'ancienneté.

## 6. Burn-out et épuisement professionnel

Delbrouck (2008) définit le burn-out, comme suit : *“Le syndrome complet se compose d’un trépied de phases progressivement évolutives : l’épuisement professionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d’incompétence. Ce concept ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique, peut mener à la dépression, englobe et dépasse le stress professionnel et donne une perte de sens au travail. La plupart des soignants, soit près de 50% de la population médicale, heureusement ne présentent que la première phase.”*

Schaufeli, De Witte et Desart cités par Hansez et al. (2019) décrivent les différents symptômes du burn-out :

- Un épuisement physique et psychologique
- Une distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental ou physique
- Une perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d’attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif
- Une perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance.

Smith et Bruyneel (2020), nous montrent les résultats suivants sur 4500 répondants belges francophones : 45% ont un score élevé de perte d’accomplissement personnel, 46% ont un score élevé de déshumanisation et 57% ont un score élevé d’épuisement professionnel. 71% des infirmiers qui ont répondu à l’enquête peuvent être considérés comme étant à risque de burn-out.

Selon Bruyneel et al. (2021), l’épuisement professionnel peut avoir de nombreuses conséquences chez les infirmiers. Tout d’abord, des conséquences néfastes sur leurs pratiques professionnelles, celles-ci ont des répercussions négatives sur la qualité des soins prodigués aux patients et de ce fait leur sécurité, santé et rétablissement. De plus, des problèmes physiques et mentaux peuvent apparaître plus particulièrement chez les infirmiers à savoir un risque important de développer de la fatigue, de l’anxiété, des troubles du sommeil, etc. Finalement, le système de santé sera lui aussi impacté avec une diminution de performance au travail, de l’absentéisme et un turn-over du personnel infirmier davantage important.

À travers les différents risques psychologiques encourus durant la première vague de la pandémie, certains facteurs aggravants vécus sur le terrain ressortent.

- Premièrement, une charge de travail plus élevée qui, selon Bruyneel et al. (2021), augmenterait considérablement le risque d'épuisement émotionnel (EE) chez les infirmiers des soins intensifs par rapport à une charge de travail stable.
- Deuxièmement, d'après Smith et Bruyneel (2020), un nombre de patients par infirmier avec un ratio plus élevé augmenterait le risque de burn-out.
- Troisièmement, le rapport du KCE nous informe qu'une hausse de la pression au travail ainsi qu'un taux de décès élevé augmentent tous deux le risque de burn-out chez les soignants. (Van de Voord, 2020)

En parallèle, d'autres facteurs influencent la santé mentale. Tout d'abord, la dégradation des relations professionnelles au vu de la situation pandémique et une augmentation des conflits. Aussi, une diminution des interactions sociales entraînant les soignants dans un contact unique avec le monde hospitalier ainsi qu'une stigmatisation de ceux-ci comme "porteur" de l'infection. Ajouté à cela, le manque de conseils ou de soutien psychologique, le jeune âge et la présence d'antécédents psychiatriques. (El-Hage et al., 2020)

Sous un autre regard, d'après LoGiudice et Bartos (2021) aux États-Unis, il est rapporté que soigner des patients en phase terminale augmente le risque d'épuisement professionnel. D'autres facteurs contribuent à cet épuisement professionnel à savoir : des attentes professionnelles irréalistes, une discordance d'opinion avec son employeur ou encore un manque de respect.

Après avoir parcouru les différents risques encourus durant la première vague de la pandémie du Covid-19, des stratégies pourraient être mises en place par les soignants. Par des recherches littéraires effectuées, certaines stratégies d'adaptation seront exposées.

## IV. Stratégies d'adaptation

Selon Hines et al. (2021), certains facteurs de résilience atténuent la détresse mentale provoquée par une expérience négative. Ces facteurs sont évalués à titre individuel et non institutionnel et incluent un sens objectif aigu, une capacité à l'adaptation, un état mental positif, une confiance, un optimisme ou encore un soutien social fort.

Grâce à cette recherche et à bon nombre d'autres parcourues, il nous a paru essentiel d'aborder les différents facteurs de résilience et stratégies d'adaptation afin d'explorer comment un travailleur de la santé est capable de faire face et de s'adapter à une expérience difficile.

### 1. Coping et résilience

Historiquement, la notion de **coping** est liée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIXe siècle. Le concept de coping peut également être associé à la notion d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIXe siècle.

(Bruchon-Schweitzer, 2001)

Le coping se définit comme : « *L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Lazarus, Folkman, 1984 cités dans Servant 2013)

Underner et al. (2021), quant à eux, définissent ultérieurement le coping comme se référant à « *Des compétences cognitives et comportementales permettant de contrôler, diminuer ou tolérer les tensions liées à une situation stressante* ».

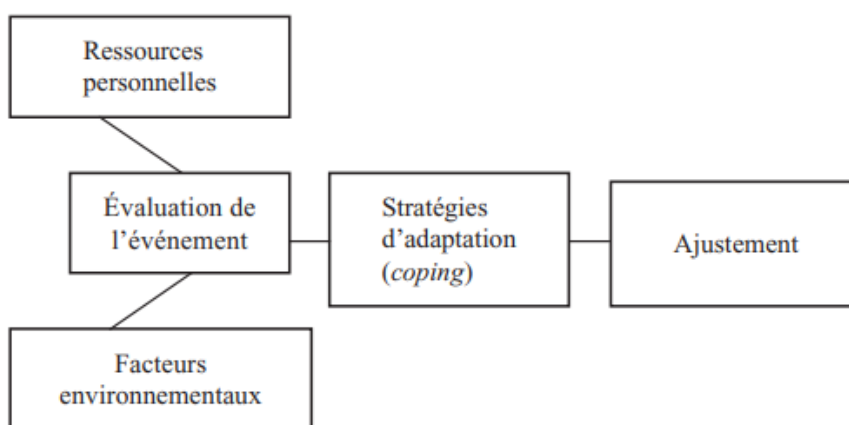


Figure 1: Modèle de Folkman et Lazarus (Lazarus R., Folkman S., 1984b cités dans Servant 2013)

D'après Lazarus et Folkman (1984), trois fonctions du coping sont mises en évidence :

- Centré sur le problème : cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources afin d'y faire face au mieux
- Centré sur l'émotion : vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation
- Centré sur la recherche du soutien social.

Ceux-ci insistent sur le fait que l'environnement peut déclencher le processus de coping. Cette stratégie d'adaptation va dépendre de différents facteurs individuels mais il faudra également prendre en compte les composantes environnementales.

Servant (2013) confirme également que les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact non négligeable sur l'évaluation que fait l'individu de ses capacités de contrôle et orienter le choix des stratégies d'adaptation pour faire face à la situation. Dans un but de contrôle et d'orientation des choix de stratégies, certaines ressources pourraient être utilisées afin de procéder à un coping.

La **résilience**, quant à elle, est définie de façon humaniste par Manciaux (2001) comme :

*“La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.”*

D'après Underner et al. (2021), le coping, la compétence et le contrôle de soi sont trois facteurs intervenant dans la résilience. Cette dernière permet d'augmenter la tolérance de certaines émotions négatives et les individus qui en ont un niveau élevé se révéleront porteurs d'une haute estime d'eux ainsi que davantage d'auto-efficacité.

De plus, selon Phoenix Australia (2020), en aidant les individus à renforcer leur sentiment d'utilité, à développer une réflexion éthique et à donner un sens à certaines situations morales en créant des liens, la résilience peut être augmentée.

LoGiudice et Bartos (2021) décrivent que, lors de cette pandémie, les infirmiers ont fait preuve de résilience à travers les comportements d'auto-soins abordés précédemment. Forcés de rebondir, ils ont dû grandir et s'épanouir en élevant leur carrière à un autre niveau. Il ne s'agit plus d'être infirmier dans une pandémie, mais d'être infirmier pour toujours.

Bien qu'il existe des stratégies pour faire face à la dépression, l'anxiété ou encore l'expérience d'un préjudice moral, des conséquences à plus long terme pourraient apparaître et être davantage difficiles à traiter. La mise en place d'une prévention primaire et secondaire dans la promotion de la résilience pour les travailleurs de la santé est donc essentielle. Une aide peut être apportée aux travailleurs dans la gestion et la reconnaissance des symptômes lors d'épisodes de stress importants. (Hines et al., 2021)

## 2. Ressources personnelles, humaines et managériales

### **Facteurs individuels**

D'après une étude qualitative de Sun et al. citée dans Phoenix Australia (2020), parmi les infirmiers travaillant dans les services Covid, les émotions négatives ressenties pendant la pandémie pourraient conduire par la suite à des émotions plus positives comme de la reconnaissance, une majoration de la responsabilité professionnelle et des compétences ou encore davantage de réflexion sur soi. Aussi, la compassion ou l'altruisme peuvent ressortir grâce à certaines situations difficiles.

Des ressources personnelles seront trouvées indépendamment de chacun. Comme énoncé dans l'étude mixte réalisée aux États-Unis précédemment citée, certaines méthodes d'auto-soins sont fréquemment utilisées. Parmi ces méthodes se trouvent le fait de passer du temps avec les personnes habitant sous le même toit, l'organisation de réunions virtuelles avec des amis, la prière ou la méditation, le recours à des activités physiques comme le sport ou le yoga. Aussi, il est rapporté que les soignants aiment faire preuve de créativité en faisant des activités culturelles ou artistiques, se cultiver en lisant, écouter de la musique et d'autres préfèrent aller au spa ou regarder la télévision.

Grâce à ces méthodes d'auto-soins, les infirmiers ont pu continuer à se lever chaque matin et venir travailler en étant fiers d'être infirmiers, fiers d'être en première ligne durant cette pandémie, d'être reconnus pour leur autonomie. (LoGiudice et Bartos, 2021)

## Soutien social et reconnaissance

Le soutien social ainsi que l'entraide sont des facteurs protecteurs afin d'éviter des problèmes de santé mentale survenant à la suite d'un traumatisme. (Phoenix Australia, 2020)

Miljeteig et al. (2021) expriment l'importance, pour les professionnels de la santé, d'un soutien par les amis et la famille ainsi qu'un partage d'expérience avec les collègues.

De plus, il est rapporté par LoGiudice et Bartos (2021), que le travail d'équipe fait ressentir entre collègues une certaine appréciation de la vie et un sens du travail et des responsabilités permettant aux infirmiers de grandir et d'avoir des émotions positives suite à leurs expériences. Ces derniers racontent également aimer leur travail et sont fiers d'être reconnus autant par les restaurants qui leur rapportaient de la nourriture, que par les autres corps de métiers comme les policiers et pompiers qui les applaudissaient. Ils appréciaient cette gentillesse, mais ils effectuaient simplement leur travail.

Cabarkapa et al. (2020) rejoignent cette idée que la reconnaissance professionnelle peut renforcer positivement le travail fourni par le travailleur de la santé. Ce dernier est présenté comme un héros avec un côté salvateur qui pourrait toutefois devenir une source de vulnérabilité s'il ne parvient plus à communiquer librement ou à partager ses expériences, de peur que la société ne le dépeigne différemment.

Le bien-être et la motivation des soignants au travail peuvent être améliorés par certains facteurs comme un soutien de la part des équipes et de l'organisation, une empathie du côté du leadership, de la camaraderie et une fierté face à l'adversité. (Phoenix Australia, 2020)

Étant donné l'importance d'un soutien organisationnel énoncé précédemment par les soignants, il est nécessaire d'aborder les aspects managériaux lors de la pandémie.

## Management

Selon Ike et al. (2021), il y a trois phases d'impact psychologique sur le personnel que les employeurs devraient prendre en compte lors de l'élaboration et la mise en œuvre d'un bien-être mental.

1. Phase de préparation : début de pandémie, le personnel attend par anticipation. Le temps consacré à la planification pourrait rendre le personnel mal préparé.
2. Phase active : pression soutenue sur le personnel pendant des semaines voire des mois. Les soignants passent d'un sentiment « d'héroïsme » à un « passage à l'action » vers la désillusion puis l'épuisement. C'est la période la plus élevée de risque psychologique pendant laquelle le soignant peut faire passer son travail avant son bien-être personnel.
3. Phase de récupération : les répercussions de l'épidémie. Temps de réflexion, les soignants peuvent ressentir une forme de regret sur ce qu'ils auraient pu ou dû faire différemment.

Afin d'éviter tout préjudice sur le plan moral, les responsables et chefs de service doivent accorder une certaine importance quant au soutien personnel et de groupe offert avant, pendant et après l'événement.

La direction doit veiller à une protection quant au stress chronique des travailleurs et veiller également à un soutien de leurs familles. Aussi, les responsables et chefs doivent assurer une communication fiable des informations, une rotation entre les postes plus et moins difficiles, et une association entre des soignants expérimentés et ceux qui le sont moins. Enfin, il est primordial d'offrir aux soignants un accès aisé au soutien psychologique et de promouvoir un bien-être et des stratégies d'adaptation. (Phoenix Australia, 2020)

Selon El-Hage et al. (2020), la diminution du niveau de stress, d'anxiété et de dépression chez les soignants peut apparaître si l'institution apporte une aide logistique et un soutien social. Il est également important d'assurer une réorganisation des équipes et d'assurer un certain encadrement cohérent ainsi que des temps de paroles et un accès aux EPI illimité. Aussi, il est essentiel de tenir compte de l'entourage des soignants en donnant accès à des gardes d'enfants, à des tests et aux EPI.

En parallèle, il est important d'avoir un manager qui communique des informations fréquentes et pertinentes, qui est attentif à la santé de son personnel. Un leadership est essentiel, et ce davantage lors d'une situation aiguë telle une pandémie, afin de permettre une continuité d'organisation des soins dans la solidarité et l'empathie. Finalement un leadership de soutien est en corrélation avec la résilience du personnel... (Miljeteig et al., 2021)

## V. Santé Publique et prévention des travailleurs

Comme ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un master en santé publique, il était nécessaire selon nous, de développer un point à ce sujet ainsi que de mettre en lumière l'importance de la prévention pour la santé mentale des travailleurs dans une situation de crise.

En effet, au vu de la pandémie du Covid-19 venant d'être vécue et des répercussions sur les soignants, il pourrait être judicieux d'agir en amont pour le bien-être des professionnels de la santé et, de ce fait, de faire de la prévention.

En France, selon la Haute Autorité de Santé (2020), la santé des soignants au travail est de la responsabilité des établissements de santé, de l'organisation et des pouvoirs publics. Il est de leur devoir d'agir sur la diminution du stress de leur personnel ainsi que sur la prévention de leur souffrance, cela peut se faire de diverses manières.

Premièrement, en fournissant à leur personnel des informations claires et des formations quant à la crise. Deuxièmement, en adaptant les conditions de travail à travers des mesures organisationnelles et de reconnaissances ainsi qu'en sécurisant leur personnel. Troisièmement, en faisant preuve d'un accompagnement social et psychologique.

Concernant l'avenir et afin de tirer certaines leçons quant à la pandémie du Covid-19 vécue, le Conseil Supérieur de la santé (2022) propose dix points d'actions qui permettront d'améliorer le futur des soins de santé mentale.

1. *“Organiser les soins de santé mentale selon le modèle des soins échelonnés : accessibles à tous, ancrés localement, et avec des systèmes de triage et d'orientation solides*
2. *Faire de la santé mentale une partie intégrante de la santé publique*
3. *Utiliser la communication comme un facteur de motivation plutôt que comme une charge supplémentaire*
4. *Être attentif à la chronicité de la pandémie, organiser un monitoring régulier et donner des feedbacks*
5. *Renforcer la résilience individuelle et collective*
6. *Promouvoir la protection sociale et reconnaître le rôle du (retour au) travail*
7. *Accorder de l'attention à la perte et au deuil*
8. *Se préparer aux futures vagues et/ou aux nouvelles pandémies*
9. *Apporter un soutien supplémentaire au secteur des soins*
10. *Impliquer les experts de manière proactive dans les choix politiques.”*

Selon Verbyst (2022), la Belgique, elle aussi, propose des projets afin de lutter contre le stress chronique des soignants. La Fondation Roi Baudouin a effectué un appel de fonds dans le but de développer des soins solidaires dans les structures de soins. Vingt-quatre projets ont été mis en place comprenant par exemple : coaching, ateliers bien-être, réflexions sur la qualité de vie, groupes de paroles, etc.

En effet, la Fondation, ayant été alertée par la problématique du stress engendré par la pandémie du Covid-19 sur les soignants, a eu l'idée d'une démarche tant individuelle que collective afin de favoriser le bien-être des soignants.

Évidemment, il n'est évoqué ci-dessus que deux exemples parmi tant d'autres. Il s'agissait de montrer, que la Santé Publique, tant en France qu'en Belgique, a déjà fait un pas dans l'action sur la prévention des soignants.

Cependant, davantage de pistes pourraient encore être abordées voire créées.

## VI. Conclusion du cadre théorique

En conclusion, nous avons pu développer les différents risques psychologiques pouvant être encourus par les soignants, lors d'une situation de crise, comme l'a été la pandémie du Covid-19. Ces risques, évoqués précédemment, traitaient de l'anxiété, du préjudice et de la détresse morale, des assuétudes, du stress, de l'état de stress post-traumatique et du burn-out. Grâce à la littérature, nous avons pu en parcourir leurs symptômes ainsi que leur place, pour les soignants, au sein de la pandémie.

Ensuite, toujours en nous appuyant sur des recherches littéraires, nous sommes parvenues à énoncer et développer certaines stratégies d'adaptation face à ces risques psychologiques pouvant être encourus. Premièrement, le coping et la résilience. Deuxièmement les ressources personnelles, matérielles et humaines comme le soutien social ou encore le management.

Aussi, ce mémoire s'inscrivant dans le cadre d'un master en Santé Publique, il nous paraissait impératif de mettre en lumière les actions posées pour le bien-être des soignants après la crise. En effet, la prévention de la santé mentale des travailleurs de la santé est essentielle et davantage de pistes pourraient encore être proposées.

Enfin, suivra ultérieurement la partie pratique de ce travail. D'une part la réception du vécu des infirmiers démobilisés et de ceux ayant reçu des infirmiers démobilisés à travers des entretiens qualitatifs sur le terrain. D'autre part, l'analyse de ce vécu et la mise en lien de celui-ci avec nos recherches théoriques effectuées au préalable.

# Méthode

## I. Introduction

Cette partie consiste en un recueil de données concernant les répercussions de la démobilisation des infirmiers sur leur santé mentale via des entretiens qualitatifs.

Tout d'abord, il est important de présenter le but de cette étude et la méthode utilisée afin de réaliser celle-ci. Seront abordés dans la méthodologie différents points à savoir : le choix de l'outil, la rédaction de notre guide d'entretien, le milieu de notre étude, les critères d'inclusion des répondants ainsi que la retranscription des interviews réalisées.

## II. But de l'étude

Le but de cette enquête est d'explorer le ressenti des infirmiers psychiatriques démobilisés et de ceux ayant reçu dans leur service de soins intensifs des infirmiers démobilisés, et ce, durant la première vague de Covid-19.

Nous avons pour but de mettre en lien les différents points abordés dans le cadre théorique avec le vécu des soignants récolté au sein des entretiens :

- Risques psychologiques encourus par les soignants ayant travaillé durant la première vague (anxiété, stress, dépression, addictions, etc.)
- Les stratégies d'adaptation dont ils ont fait preuve pour gérer au mieux la crise dans laquelle ils étaient.

### III. Méthodes

#### 1. Choix de la méthode

Nous avons opté pour la méthode qualitative afin d'éclairer notre questionnement. Pour rappel, comme le souligne Aujoulat (2020) dans ce type de recherche, nous utilisons plutôt des données issues du langage que des données numériques. Cette méthode comporte certains avantages et inconvénients.

Tout d'abord, en ce qui concerne les avantages : d'une part, celle-ci nous permet de nous intéresser au ressenti et à la subjectivité de nos répondants, ce qui est primordial étant donné notre intérêt pour le vécu des soignants dans notre enquête. D'autre part, cette méthode nous aide à obtenir des explications en profondeur et de comprendre l'expérience humaine. De plus, celle-ci est relativement peu coûteuse.

Ensuite, les inconvénients retenus sont le temps requis et l'impossibilité d'une généralisation à une population donnée.

#### 2. Choix de l'outil

Pour la collecte des données, nous avons choisi de faire des entretiens individuels semi-directifs. Lors de ces entretiens, une certaine liberté de parole est donnée à l'interlocuteur même si le cadre a été défini préalablement.

Nous avons pour cela établi un guide d'entretien (annexes 2 et 3) afin d'imposer un cadre, celui-ci nous servait de support. Cependant nous sommes parfois sorties des balises que nous nous étions fixées au départ. En effet, notre guide d'entretien nous a servi de fil rouge, mais, en fonction des réponses, d'autres questions ont pu émerger ou certaines, au contraire, ont pu être supprimées. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en intégralité pour être analysés par la suite.

#### **La rédaction du guide d'entretien**

Nous avons élaboré un questionnaire papier en vue de récolter les données sociodémographiques. Ce questionnaire (annexe 1) est composé de sept questions concernant : le genre, l'âge, la formation, les années d'ancienneté et le temps de travail.

Dans un premier temps nous avons commencé par réaliser un guide d'entretien commun pour les deux services, cependant, nous nous sommes rapidement aperçues que cela manquait de clarté, de pertinence et de précision.

Après discussion avec notre promotrice, nous avons donc décidé de faire deux questionnaires afin de scinder les deux types de répondants : un premier questionnaire pour les infirmiers en psychiatrie et un second pour les infirmiers aux soins intensifs. La même structure a été gardée pour ces deux guides d'entretien avec des questions plus spécifiques en fonction de chaque service.

Lors de la rédaction de notre guide d'entretien, nous avons établi des questions claires à la portée de tous afin d'assurer la bonne compréhension du répondant. Ce guide contient des questions ouvertes afin de favoriser des réponses longues, riches ainsi que des questions de relance.

Notre guide d'entretien est composé de cinq parties :

- Présentation de l'enquêteur :  
Chacune de nous s'est présentée et a donné ses coordonnées afin que le répondant puisse nous recontacter après l'entretien si nécessaire.
- Présentation de l'objet et du contexte :  
Nous avons expliqué le but de notre recherche ainsi que le contexte de celle-ci. Nous nous sommes présentées comme étudiante de deuxième année de master en sciences de la Santé Publique. Nous avons également expliqué à l'interviewé notre intérêt par rapport à son ressenti en tant qu'infirmier au sein de la pandémie du Covid-19 et plus particulièrement à son vécu durant la première vague.

De plus, nous avons énoncé la question de recherche de notre mémoire qui est : « *Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?* »

- Présentation des modalités éthiques, pratiques et de feedback :

Nous avons présenté les différentes modalités pratiques :

- Enregistrement de l'entretien afin d'augmenter la précision du travail d'analyse
- Possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment
- Droit de refuser de répondre à une question
- Lecture et signature du formulaire de consentement libre et éclairé (annexe 4)

Les modalités de feedback tels que la retranscription de l'entretien et l'envoi de celui-ci par la suite ont été énoncées.

De plus, nous avons insisté sur la confidentialité des informations reçues et nous avons également assuré l'anonymat des données. Toutefois, nous avons précisé l'écoute de l'entretien en question par deux chercheuses étant donné la réalisation de notre mémoire en collaboration.

- Questions de l'entretien :

Les questions de l'entretien sont regroupées en quatre parties :

La première partie est composée de questions s'intéressant au profil du répondant ainsi qu'au contexte. La deuxième partie s'intéresse au management. La troisième partie est axée sur la santé mentale et enfin la dernière s'intéresse aux stratégies d'adaptation.

- Conclusion :

Pour conclure, nous avons remercié notre répondant et nous lui avons proposé d'ajouter d'autres éléments ainsi que de lui envoyer la retranscription de l'entretien s'il le désirait.

## **Test**

Nos guides d'entretien ont été testés auprès de deux infirmiers au préalable. L'un travaillant en psychiatrie et l'autre aux soins intensifs. Cet entretien test a été effectué afin de nous assurer de la bonne compréhension des différentes questions.

Après avoir testé ces deux entretiens, nous avons fait un débriefing avec les deux répondants afin qu'ils puissent nous donner leur feedback. Leurs retours étant positifs, aucune modification n'a été apportée.

### **Milieu de l'étude**

L'étude s'est effectuée au sein de deux hôpitaux bruxellois : privé pour la psychiatrie et public pour les soins intensifs. Afin de garder confidentielles les informations reçues, nous nommerons ces hôpitaux : clinique A pour la psychiatrie et hôpital B pour les soins intensifs.

### **Critères d'inclusions des répondants**

L'ensemble de nos répondants sont des infirmiers travaillant dans un service de psychiatrie générale à la clinique A et des infirmiers travaillant aux soins intensifs de l'hôpital B. Ceux-ci ont été sélectionnés en fonction de trois critères d'inclusion que nous avons définis au préalable en fonction de notre cadre théorique et des objectifs de notre recherche. Nous avons donc un échantillon de convenance, non probabiliste.

Les trois critères d'inclusion retenus sont :

- Être infirmier en psychiatrie ou aux soins intensifs dans les hôpitaux et services sélectionnés
- Avoir travaillé durant la première vague de Covid-19 entre le 1er mars et le 22 juin 2020
- Avoir été démobilisé ou avoir accueilli du personnel démobilisé.

Il va de soi que les personnes qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion ne pouvaient pas faire partie de l'étude.

Le nombre d'entretiens et la taille de notre échantillon n'ont pas été prédéfinis. Notre échantillon a été considéré comme complet lorsque nous sommes arrivées à saturation des données, c'est-à-dire, lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles informations émergentes. Au total nous avons interrogé 17 infirmiers et n'avons eu aucun refus.

## **Prise de contact avec les répondants**

En première intention, le recrutement s'est fait sur nos terrains respectifs en exposant à nos collègues le sujet de l'enquête et en demandant qui était intéressé en tenant compte des critères d'inclusion. Nous avons commencé la collecte des données le 09/12/2021 et nous sommes arrivées à saturation de celles-ci le 06/02/2022.

Ensuite, nous avons chacune contacté les membres du service de l'autre et nous leur avons exposé notre thème de mémoire, le but et les modalités de notre enquête.

Dès qu'un collègue acceptait de participer à notre enquête, la date et l'heure du rendez-vous étaient fixés avec l'une de nous en fonction du service et l'entretien était réalisé ensuite.

## **Déroulement de l'entretien**

Avant toute chose, le répondant commençait par remplir le questionnaire sociodémographique. Celui-ci nous a permis de nous renseigner sur les caractéristiques du répondant avant de commencer l'entretien.

Il est ensuite primordial de demander l'autorisation du répondant pour l'enregistrement de l'entretien. Ce dernier commence alors, se déroulant sur +/- 23 questions dont le nombre varie en fonction du répondant. En effet, selon les réponses de celui-ci, de nouvelles questions peuvent émerger.

Il était essentiel pour nous d'avoir une attitude empathique et ouverte durant l'entretien. Nous avons également fait au mieux afin d'instaurer un climat de confiance entre le répondant et nous, ce qui est important étant donné l'aspect intime du vécu et du ressenti de la personne. Pour cela nous avons adopté une attitude positive, respectueuse et bienveillante.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur le lieu de travail des personnes interrogées. L'entretien le plus court était de 29 minutes et le plus long de 64 minutes. La durée moyenne de ceux-ci était de 45 minutes. Nous avons interviewé au total 17 infirmiers : huit en psychiatrie et neuf aux soins intensifs.

## Analyse des données

Tout d'abord, nos entretiens ont été retranscrits en intégralité au fur et à mesure de notre avancement.

La première étape de notre analyse a été de mettre en évidence les gros points principalement abordés dans l'entretien directement après celui-ci.

À la suite de cela nous avons chacune relu les entretiens de l'autre afin de croiser notre regard sur les entretiens.

Lors des relectures, les entretiens ont été subdivisés en unités d'analyse qui correspondent à des unités de sens ou de signification c'est-à-dire à une phrase ou un ensemble de phrases liées à une même idée, un même thème ou un même sujet. (Aujoulat, 2020)

Ensuite, nous avons également mis en évidence les extraits intéressants pour notre analyse, c'est-à-dire ceux répondant à notre question de recherche.

Nous avons commencé par une analyse descriptive qui consiste à rendre compte objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche. (Aujoulat, 2020) Nous avons donc relevé les thèmes qui nous semblaient pertinents afin d'ensuite rendre compte de l'importance de certains thèmes et d'en relever les récurrences.

Par la suite, nous avons utilisé une méthode interprétative dans laquelle notre subjectivité, mais également nos connaissances issues de la littérature entrent en jeu pour interpréter les résultats. (Aujoulat, 2020)

Nos unités d'analyse ont été prédéfinies en fonction de notre guide d'entretien.

## IV. Résultats

Grâce à la réalisation de nos 17 entretiens, nous avons pu procéder à l'analyse des résultats obtenus. Celle-ci se divise en deux parties : la première exposant les données sociodémographiques en psychiatrie et aux soins intensifs, la deuxième développant les résultats appuyés à l'aide de verbatim.

**Données sociodémographiques en psychiatrie :**

Répondants	Genre	Âge	Diplômes obtenus	Nombre d'années de travail	Temps de travail 1ère vague	Temps de travail actuel	Jour/nuit/ Alternance ?
Infirmier 1	Femme	25 ans	Spécialisation en santé mentale et psychiatrie	2,5 ans	50%	50%	Alternance
Infirmier 2	Femme	63 ans	Qualification en santé mentale	39 ans	80 %	80 %	Jour
Infirmier 3	Femme	34 ans	Spécialisation en santé mentale et psychiatrie	12 ans	100 %	100 %	Alternance
Infirmier 4	Femme	39 ans	Master en Santé publique et spécialisation en santé communautaire	14 ans	80%	80%	Alternance
Infirmier 5	Femme	28 ans	Master en Santé publique et spécialisation en santé mentale et psychiatrie	4 ans	80%	80%	Alternance
Infirmier 6	Femme	32 ans	Spécialisation en santé mentale et psychiatrie	8 ans	100%	100%	Jour
Infirmier 7	Femme	52 ans	Qualification en santé mentale	27 ans	50%	50%	Nuit
Infirmier 8	Femme	43 ans	Spécialisation en santé mentale et psychiatrie	20 ans	80%	80%	Jour

En psychiatrie, l'échantillon est composé uniquement de femmes : huit infirmières dont cinq spécialisées en santé mentale et psychiatrie. Quatre d'entre elles travaillent en alternance, trois de jour et une de nuit. La moyenne d'âge est de 39,5 ans. Le temps de travail varie entre 50 et 100%. Aucune n'a diminué son temps de travail après la pandémie du Covid-19.

**Données sociodémographiques USI :**

Répondants	Genre	Âge	Diplômes obtenus	Nombre d'années de travail	Temps de travail 1ère vague	Temps de travail actuel	Jour/nuit/ Alternance ?
Infirmier 1	Homme	26 ans	SIAMU Dernier diplôme : Master Santé Publique	2,5 ans	100%	100%	Alternance
Infirmier 2	Homme	29 ans	SIAMU	3 ans	80% augmenté 100% pour COVID	80%	Jour
Infirmier 3	Femme	28 ans	SIAMU	7 ans	100%	70%	Alternance
Infirmier 4	Homme	32 ans	SIAMU	10 ans	100%	60%	Alternance
Infirmier 5	Homme	26 ans	SIAMU	4 ans	100%	100%	Alternance
Infirmier 6	Femme	28 ans	SIAMU	4 ans	100%	100%	Alternance
Infirmier 7	Femme	25 ans	SIAMU	2,5 ans	100%	100%	Alternance
Infirmier 8	Femme	25 ans	SIAMU	2,5 ans	60% Augmenté 100% pour COVID	100%	Alternance
Infirmier 9	Femme	36 ans	SIAMU	15 ans	100%	50%	Alternance

Aux soins intensifs, l'échantillon est mixte : cinq femmes et quatre hommes. La moyenne d'âge est de 28,3 ans. La totalité des répondants est spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente et travaille en alternance excepté un infirmier travaillant de jour.

Le temps de travail varie entre 60 et 100%. Trois d'entre eux ont diminué leur temps de travail après la pandémie du Covid-19 et un l'a augmenté.

Afin d'analyser nos résultats, nous avons mis en évidence les verbatims, les plus pertinents selon nous, provenant de nos entretiens.

Pour une meilleure compréhension de ceux-ci, nous avons associé la couleur bleue pour les verbatims qui appartiennent aux infirmières de psychiatrie et la couleur mauve pour les verbatims concernant les infirmiers aux soins intensifs.

## 1. Contexte de travail

Du côté des infirmières en **psychiatrie** de la clinique A, le contexte de travail était le suivant : leur service a fermé ses portes et celles-ci ont donc dû rejoindre l'équipe mobile afin d'aller travailler dans diverses unités d'hospitalisation COVID et non-COVID.

*“Notre service a dû fermer à cause du covid. Donc c'était pour renforcer les services covid. Du jour au lendemain on a su qu'on devrait fermer. Je crois que c'était un dimanche et d'ailleurs je travaillais ce jour-là et le lendemain on a commencé dans les services covid sans préparation, sans aucune information particulière alors qu'on est de la psychiatrie et qu'on devait aller en covid, en médecine, en gériatrie, etc. La démobilisation a été assez brutale.” (Infirmière 4)*

Par ailleurs, du côté des **soins intensifs**, un contexte de travail différent ressort : la majorité des membres des trois unités de soins intensifs de l'hôpital B s'est rassemblée afin de former une seule équipe COVID, certains soignants (plus âgés ou avec des problèmes de santé) sont restés dans une unité de soins intensifs non-COVID.

Cette nouvelle équipe de soins intensifs COVID a dû s'adapter, créer une nouvelle unité dans des locaux inconnus, travailler avec des nouveaux protocoles implémentés et accueillir des infirmiers et aidants de tous horizons (néonatalogie, salle d'opération, salle de réveil, pédiatrie, kinésithérapeutes, aides-soignants, médecins, assistants, etc.) afin de les former et de bénéficier de toute l'aide nécessaire.

*“On a remonté toute une unité aux soins intensifs, on a formé des collègues qui n'avaient pas l'habitude. On a créé des protocoles par rapport à la situation et on s'est occupé des malades comme on pouvait. » (Infirmier 9)*

## 2. Démobilisation : Annonce

Pour les infirmières en **psychiatrie**, l'annonce de leur démobilisation s'est passée soudainement, celles-ci ont pu l'apprendre de diverses manières : soit un mail écrit par le médecin chef de l'unité annonçant la fermeture du service et la démobilisation effective à partir du lendemain. Soit via le groupe WhatsApp (qui est un groupe informel) ou encore en travaillant le jour même via l'institution.

*“On nous a téléphoné dans le service pour nous dire que nos patients seraient transférés à la clinique X et qu'après cela notre service fermerait dans la journée. Le chef est venu nous aider pour le transfert des patients et le rangement. Ceux qui ne travaillaient pas le week-end l'ont su via les autres collègues ou via le groupe WhatsApp.” (Infirmière 4)*

L'ensemble des infirmières de psychiatrie exprime un certain stress ressenti par rapport à la situation vécue. Celles-ci évoquent un accueil compliqué du fait du timing, de la vitesse du terrain et de la surcharge de travail. Trois infirmières expriment avoir ressenti une charge de travail supplémentaire. Quatre d'entre elles citent ne pas avoir été bien accueillies étant donné un travail en collaboration avec des infirmiers eux-mêmes démobilisés ou des intérimaires. Pour la majorité de l'équipe, l'accueil ne s'est pas bien passé, néanmoins, une infirmière exprime avoir été très bien accueillie.

*“Pas spécialement bien. Il y avait une surcharge de travail donc en même temps ils étaient contents de voir du monde, mais en même temps on était au début une charge de travail en plus. Alors quelquefois il n'y avait qu'un infirmier du service et puis il n'y avait que des intérimaires ou des infirmières démobilisées qui ne connaissaient rien du service donc par exemple nous on perdait un temps fou quand on devait chercher du matériel. Donc on leur faisait perdre du temps, car on posait des questions pour tout. Les infirmiers qui m'ont le mieux accueillie étaient les infirmiers de l'équipe mobile qui eux ont l'habitude de tourner entre les services. Mais les infirmiers sur place...non.” (Infirmière 3)*

Aux **soins intensifs**, l'annonce s'est faite de façon soudaine, ceux-ci ont accueilli des infirmiers et aidants démobilisés du jour au lendemain. Six infirmiers expriment ne pas avoir eu d'annonce officielle et trois autres pensent se souvenir avoir été avertis par mail ou de façon orale.

*“Alors elle n'a pas vraiment été annoncée je dirais en un coup. Je pense qu'on a reçu des mails et on entendait que les consultations et les soins non urgents étaient reprogrammés donc ce personnel-là allait être déployé ailleurs.” (Infirmier 4)*  
*“On ne nous l'a pas annoncé, ils sont arrivés un jour et voilà.” (Infirmier 9)*

Le ressenti des infirmiers intensivistes était difficile, ils expriment une perte de temps et d'énergie dans la formation des soignants démobilisés, un manque de préparation à la spécificité du travail. Deux d'entre eux évoquent une difficulté partagée dans les tâches, autant pour eux que pour les personnes démobilisées et un infirmier exprime avoir ressenti un manque d'expérience chez ces dernières. Un autre parle des difficultés quant à la connaissance des compétences de chacun.

*“Il y avait aussi beaucoup de gens motivés, non Siamu, pas de problème, mais parfois peut-être un peu trop sûrs d'eux ; ils ont été lancés dans une unité de soins intensifs où ils n'ont pas l'habitude et devoir prendre en charge des patients intensifs, intubés, hyper instables ; je pense qu'ils ont fait ce qu'ils pouvaient, mais que clairement il y avait un manque d'expérience, parfois un manque d'humilité et un manque de savoir dire « stop, ça dépasse mes compétences, il faut qu'on m'aide, il faut qu'on me forme, qu'on fasse quelque chose parce que ça devient dangereux». (Infirmier 3)*

*“Donc c'était chaque fois revenir au point de départ pour intégrer quelqu'un, c'était chiant. Je pense que ce n'était pas notre job, ce n'était pas à nous de faire ça et ça nous a pris plus de temps et d'énergie qu'autre chose.” (Infirmier 5)*

*“Ça a dû être assez difficile pour eux de s'adapter à des conditions qu'ils ne connaissaient pas, donc je pense qu'ils n'étaient pas assez pris en charge et assez suivis.” (Infirmier 8)*

Aux soins intensifs, quatre infirmiers disent espérer avoir bien accueilli les aides. Quatre expriment que l'accueil ne s'est pas fait ou que l'intégration était mauvaise. Trois d'entre eux évoquent les mots “dur” ou “compliqué” au vu du turn-over, par exemple : certains venaient pour deux jours s'habituait puis repartaient.

Cinq infirmiers expriment ne pas avoir eu le temps d'accueillir ou de prendre en charge les infirmiers et aidants démobilisés étant donné la charge de travail élevée sur le terrain.

*“Pas du tout, pour moi ils ont été très mal intégrés. Je pense que certaines personnes qui sont venues nous aider ne le feraient plus jamais, ça, c'est clair. Parce que la structure qu'on avait n'a pas permis de les accueillir et encore aujourd'hui.” (Infirmier 2)*

*“Je ne les ai pas vraiment accueillis, je pense que clairement ils ont été un petit peu livré à eux-mêmes et ont dû s'adapter.” (Infirmier 5)*

*“Très honnêtement, je ne pense pas que je les ai bien accueillis, je ne dirais pas « mal » mais « pas bien ». Je pense que je ne les calculais pas énormément. On avait tellement de boulot et j'étais tellement focus sur mes patients” (Infirmier 8)*

### 3. Difficultés rencontrées lors de la première vague

Chez les infirmières en **psychiatrie**, différentes difficultés sont évoquées lors de chaque entretien. Cinq infirmières expriment un manque de préparation et quatre d'entre elles disent qu'il a été difficile de se replonger dans des soins somatiques. Quatre infirmières évoquent comme problématique le fait de ne pas travailler avec au moins un collègue de psychiatrie. La confrontation à la mort a été une difficulté pour cinq d'entre elles.

Ajoutons à cela la peur de mal faire, la difficulté de changer de service chaque jour et de ne pas le savoir avant la veille ainsi que le fait de devoir constamment s'adapter, cités par deux infirmières. La non-considération des spécificités de chacune et la vitesse de travail ont été des difficultés pour trois infirmières.

La peur du virus, le manque de matériel et l'inconnu sont exprimés par l'ensemble des répondants.

*“Quitter le service dans lequel on a travaillé depuis des années et en plus de ça sans avoir eu aucune préparation. (...) l'inconnu, l'incertitude, ça c'était vraiment difficile parce qu'on ne connaissait rien du covid, donc on partait vraiment la peur au ventre. Ce qui était difficile c'était d'avoir plein de décès à la chaîne, chose dont on n'a pas l'habitude chez nous.”*

*(Infirmière 6)*

*“Le plus difficile pour moi c'était clairement de ne pas être avec mes collègues. Je me sentais hyper seule. (...) d'arriver dans un service sans rien connaître ni l'équipe ni le service, du genre où se trouve le matériel, etc., et de devoir fonctionner comme les autres infirmières. On nous prenait vraiment pour des numéros. Tu arrivais le matin on te demandait simplement « tu es infirmière ? » et à partir de ça on te donnait parfois un demi-couloir à charge toute seule alors que bon nous on travaille en psy on n'a pas l'habitude des services d'étages. (...) Sans compter la peur du covid, le manque de matériel.”* *(Infirmière 5)*

Les infirmiers **intensivistes** expriment avoir vécu différentes difficultés. Deux d'entre eux évoquent le manque d'activité en dehors du travail et de ce fait l'impossibilité de décrocher du boulot. Deux infirmiers parlent de la solitude ressentie dans les chambres et deux autres du taux de mortalité élevé. La mauvaise gestion des horaires et la publication au jour le jour sont évoquées par deux soignants. La charge de travail élevée et la lourdeur des patients sont également exprimées.

*“S'adapter à un nouvel environnement de travail (...), à de nouveaux médecins, des nouvelles façons de travailler, de nouveaux collègues”* *(Infirmier 4)*

*“Il arrivait que tes patients foirent, et ils avaient beau foirer, personne ne s'en rendait compte, tu étais toute seule dans ta merde. (...) Je pense qu'avec le recul, on s'est quand même trop donné pendant la première vague et qu'il manquait un soutien psychologique pour les équipes ou alors qu'on n'était pas prêt à l'accueillir ou à en discuter. (...) L'organisation. (...) Les horaires étaient faits au jour le jour.”* *(Infirmier 8)*

## 4. Gestion managériale

### En général

Cinq infirmières de **psychiatrie** ont qualifié la gestion managériale générale comme étant chaotique ; celles-ci expliquent avoir dû changer de service chaque jour et parlent d'un manque de continuité dans les soins. Une mauvaise organisation ainsi qu'un manque de préparation sont exprimés par trois d'entre elles.

*“On changeait tous les jours de service, et je pense qu’il y aurait eu moyen de nous laisser un peu dans les mêmes services plutôt que de nous changer tout le temps. Donc dans ce sens-là je pense que ça a été très chaotique. On ne tenait absolument pas compte de tes qualifications ni d’où tu étais avant. (...) Je pense qu’au début ils ne savaient pas trop quoi, mais qu’au fur et à mesure du temps je pense que ça aurait pu être géré autrement. Et aussi je pense que celles qui étaient chargées de nous dispatcher dans les différents services n’ont peut-être pas été assez épaulées.” (Infirmière 3)*  
*C’était assez mal organisé, très peu préparé. (...) Aussi le fait de devoir nous déplacer très souvent, il n’y avait pas de continuité des soins, on passait vraiment d’un service à l’autre sans tenir compte du travail, de la qualité et de nos besoins.” (Infirmière 4)*

Aux **soins intensifs**, trois infirmiers ont un avis positif quant à la gestion générale, ceux-ci expriment que l’institution a fait de son mieux au vu de la situation exceptionnelle. En revanche, pour quatre autres, la gestion est qualifiée comme mauvaise ou encore catastrophique. Un manque de communication est évoqué par deux infirmiers et un manque d’écoute est exprimé par quatre autres.

Aussi, la mauvaise gestion des horaires est rapportée par plusieurs infirmiers, l’un d’entre eux décrit un manque de soutien du personnel, mais juge cela compréhensible au vu de la situation de pandémie.

*“Ça manquait de structure à la première vague et malheureusement ça manque de structure aujourd’hui. (...) on se retrouve à faire des tâches qui ne sont pas du tout les nôtres et c’est hyper désorganisé.” (Infirmier 2)*  
*“Catastrophique. En fait on fait semblant qu’on nous écoute, qu’on nous entend, qu’on peut donner notre avis, mais finalement quand on donne notre avis et des exemples et bien on ne nous écoute pas.” (Infirmier 3)*  
*“Qu’il n’y avait pas le temps pour discuter avec les équipes, qu’on ne nous demandait pas tellement notre avis, qu’on était plus utilisé pour combler les trous et qu’on était des numéros. (...) Je pense qu’il aurait fallu que les cadres soient plus sur le terrain. Les infirmiers en chef l’ont été en partie, mais pas assez. Il n’y a pas eu assez de soutien psychologique de la part des cadres. Il n’y a rien qui a été mis en place pour le personnel et je pense que c’est un manquement du management.” (Infirmier 8)*

## Infirmiers chefs de service

En ce qui concerne l'infirmier chef de service de psychiatrie, l'équipe décrit à l'unanimité un soutien de sa part malgré sa démobilisation à lui aussi.

*“X (chef infirmier) m'avait appelé 2 ou 3 fois et il était aussi une fois passé dans le service où j'étais affectée à ce moment-là. Alors, je pouvais l'appeler pour demander de me mettre des congés si j'en avais besoin pour souffler parce que voilà c'était compliqué(...) Oui il m'a quand même aidé, je me suis sentie soutenue.” (Infirmière 6)*

À propos du management par les chefs de service des équipes dans lesquelles les infirmières de psychiatrie étaient démobilisées, l'avis est partagé : trois infirmières sont mitigées et quatre infirmières ne se sont pas senties soutenues. De plus, trois d'entre elles expriment qu'étant porteuses du titre d'infirmières elles n'avaient pas d'autre choix que d'assumer les soins somatiques.

*“Par les chefs de service (...) Oui et non. Ils n'étaient pas dans le rejet. Je pense qu'ils étaient quand même contents d'avoir de l'aide en plus. Je pense qu'ils n'avaient pas le temps de faire plus que ce qu'ils faisaient et surtout dans le contexte où eux aussi ont été mis dans le bain avec une arrivée de personnel qui ne connaissait pas leur service. Mais si je devais mettre des points, je dirais que je me suis sentie soutenue à 6/10.” (Infirmière 2)*  
*“Nous ce qu'on entendait c'était voilà « Tu es infirmière donc tu assumes ». En tout cas, je ne me suis pas du tout sentie soutenue par les autres chefs.” (Infirmière 1)*

Pour les trois chefs des unités de soins intensifs formant l'équipe COVID, différents avis ressortent. Trois infirmiers expriment ne pas s'être sentis soutenus par leur chef qui était lui-même dévasté ou trop occupé. Trois autres décrivent un soutien moral et émotionnel ainsi qu'une présence.

Toutefois, l'un d'entre eux a ressenti un manque de présence sur le terrain et un autre exprime un soutien émotionnel mais pas organisationnel. Un manque de soutien direct envers l'équipe est exprimé ainsi que le manque de briefing et de débriefing.

*“J'ai l'impression qu'elle ne nous soutenait pas directement dans le sens où elle nous supportait. (...) pas eu de soutien moral et de contact direct envers nous, il n'y a pas eu de question de feedback, de réunions, de briefing.” (Infirmier 5)*  
*“Oui et non. Je n'en ai pas vraiment eu besoin, je pense que si on avait eu des questions ou des problèmes on aurait pu aller vers elle, mais sans plus.” (Infirmier 7)*

## Chefs de département infirmiers et direction générale

Nous avons interrogé les infirmiers sur la façon dont ils se sont sentis soutenu par la direction générale et les chefs de départements infirmiers.

Du côté de la **psychiatrie**, il en ressort que l'ensemble des infirmières ne se sentaient pas entendues ni soutenues, quatre disent même ne pas connaître les membres de la direction.

*“Le management c'étaient des gens de la direction qui venaient avec des grands sourires dans les services dire « tout va bien ? » etc., raconter une blague et raconter des bobards en nous disant qu'il n'y avait pas de souci, qu'une fois qu'on avait appris quelque chose c'était pour la vie.” (Infirmière 1)*

*“Ce n'était pas du management, ça a été de l'adaptation. Bon c'est vrai ils ont été pris de court par la situation mais quand même. Ils avaient pris le temps de former enfin ils avaient consacré du temps au personnel des soins intensifs et des urgences et on peut comprendre que c'était eux qui étaient au premier plan, mais ils auraient dû prendre le temps aussi, même en décalé ou en cours de situation, de nous former et de nous soutenir.” (Infirmière 2)*

*“C'était « bah c'est marqué infirmière sur ton diplôme ». Donc en fait oui c'était ça il est marqué infirmière sur ton diplôme, donc tu es censé le faire et t'inquiètes pas après quelques jours ça revient » (Infirmière 8)*

Pour les **soins intensifs** et en ce qui concerne la directrice du département infirmier, huit infirmiers sur neuf évoquent sa non-implication durant la première vague et ne pas la connaître, les mots : inadmissible et inexistante ressortent. Néanmoins, le dernier infirmier exprime que celle-ci voulait faire de son mieux.

*“La directrice infirmière, je n'ai jamais vu sa tête une seule fois, je n'ai jamais entendu parler d'elle et je n'ai pas vu un seul mail de soutien de sa part si ce n'est sa signature en bas des mails, donc ça c'est scandale.” (Infirmier 5)*

*“Alors la chef du département infirmier, inexistante.” (Infirmier 9)*

Ensuite, par rapport à la chef des services aigus d'urgences et de soins intensifs, trois infirmiers expriment un passage de sa part, une présence, mais pas sur le terrain. Deux autres décrivent un manque d'écoute et un manque de concrétisation quant aux requêtes effectuées. La plupart d'entre eux évoquent malgré tout que celle-ci a fait de son mieux au vu de la situation et de tout ce qu'elle a eu à gérer lors de la crise.

*“La chef des soins aigus, jamais une seule fois, elle ne s'est habillée en covid pour voir ce que ça faisait ; oui, ok elle a plein de choses à gérer (...) mais il y a des moments où on était tellement en manque de personnel, où c'était vraiment ingérable et bien pour moi elle aurait pu venir pendant 2 heures aider à faire des soins. (...), c'est un peu de la poudre aux yeux, car si tu avais besoin de lui parler, elle était accessible, mais ça ne voulait pas dire qu'on était soutenu.” (Infirmier 3)*

*"Elle était quand même présente tous les jours aux soins intensifs, elle passait deux fois par jour. Donc en effet elle a montré une présence, elle ne nous a pas abandonné mais j'ai l'impression que les choses qu'on lui demandait elle ne les a jamais mises en place."*  
(Infirmier 8)

Enfin, concernant le directeur de l'hôpital B, l'ensemble des infirmiers intensivistes ont été satisfaits de sa présence. La totalité des répondants reconnaît un passage régulier dans les services et sur le terrain.

*"J'étais assez surpris du passage régulier, on va dire toutes les semaines en tout cas le week-end, par le directeur lui-même. J'étais assez surpris et agréablement étonné"*  
(Infirmière 4)

## 5. Champ de compétences

Les infirmières en **psychiatrie** ont exprimé à l'unanimité ne pas avoir été à l'aise avec les soins somatiques et être sorties de leur champ de compétences. De plus, une d'entre elles évoque ne pas se sentir à sa place. Deux infirmières expriment cependant un côté enrichissant quant au fait de retrouver quelques actes techniques.

*"C'était tout à fait inadapté à ma formation (...) Ce qui implique qu'à part quelques actes techniques de base (injection, pansement, prise de tension, etc.) je n'ai plus jamais pratiqué de soins plus complexes."*  
(Infirmière 2)

Aux **soins intensifs**, quatre infirmiers expriment avoir poussé leurs limites et leurs compétences en emmagasinant beaucoup d'expérience et de qualité de travail. Quatre autres évoquent les actes techniques (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, Continuous Venovenous Hemofiltration, dialyses) et les modes respiratoires comme étant lourds et utilisés moins souvent habituellement, une adaptation était donc nécessaire. Un infirmier exprime être sorti de son champ de compétences, mais, étant le plus apte à le faire, ce sont les circonstances de la pandémie qui l'ont voulu. Un autre dit être sorti de sa zone de confort sans sortir de son champ de compétences et le dernier exprime ne pas en être sorti, car les pathologies médicales respiratoires sont ses patients du quotidien.

*"Je ne pense donc pas qu'on soit sortis de notre champ de compétences, je pense qu'on a poussé nos compétences, pas à leurs limites mais à ce qu'on peut attendre d'un vrai infirmier SISU."* (Infirmier 4)

*“Je ne pense pas être sorti de mon champ de compétences, je pense avoir développé mes compétences et avoir emmagasiné beaucoup plus d’expériences et de qualité de travail (...) c’est aussi la capacité de pouvoir mettre ses limites.” (Infirmier 5)*

## 6. Stress et facteurs stressants rencontrés lors de la première vague

Les facteurs stressants qui ressortent pour les infirmières en **psychiatrie** sont : la vitesse de travail, le côté inhumain des soins, la perte de repères, la peur de la contamination et l’incertitude par rapport au virus. Vient s’ajouter à cela le fait d’être replongées dans les soins somatiques et la technique, la peur de mal faire, la gestion du dispatching et la démobilisation dans différents services au jour le jour. À l’unanimité, les infirmières expriment avoir été stressées durant cette période de travail.

*“Déjà le virus lui-même. Ce virus qu’on ne connaissait pas. On pensait vraiment qu’à un moment donné on allait se retrouver dans un lit aussi (...) clairement être sortie de ma zone de confort. M’être replongée dans des pathologies, des techniques que je ne connaissais plus du tout. (...) Le fait de changer de service tout le temps, de ne pas savoir à l’avance, ouvrir cette page d’affectation tous les jours, tous les après-midis ou parfois même le matin même, c’était invivable et jusqu’au bout ça été invivable. (...) Et aussi la peur de mal faire.” (Infirmière 3)*

Du côté des **soins intensifs**, cinq infirmiers décrivent comme facteurs stressants : la peur du virus, de se contaminer et l’inconnu du Covid. Trois infirmiers évoquent la solitude dans les soins et une longue attente afin que quelqu’un vienne apporter du matériel ou une aide.

Cinq infirmiers expriment être stressés par la lourdeur des patients porteurs du Covid-19, ces derniers nécessitent davantage de personnel et d’appareillage, la charge de travail s’en trouve donc augmentée.

Un infirmier parle du stress ressenti quand, en chambre, il est nécessaire de réaliser ses soins dans la rapidité afin d’aller retrouver le deuxième patient aussi instable que le premier. Un autre dit qu’il était stressant de voir tout le monde courir partout sans savoir quoi faire, de travailler dans une désorganisation et dans un environnement inconnu sans pouvoir trouver le matériel en situation d’urgence. Un dernier infirmier, finalement, exprime ressentir un manque de confiance en ses collègues et une non-connaissance des limites et compétences de ses pairs comme pouvant générer un stress.

*“Le fait de ne pas être dans son unité (...) La charge de travail augmentée (...) sur le covid, on ne savait pas comment ça se transmettait, on se posait des questions, donc rien que le fait de devoir s’habiller et rentrer dans la chambre, on se demandait si on allait s’infecter ou pas et ça rajoutait donc un facteur de stress.” (Infirmier 3)*

*“De ne pas connaître les capacités, les compétences, les limites de tes collègues quand tu travailles avec des gens que tu ne connais pas.” (Infirmier 9)*

*“La gestion des drogues de mon patient, de faire une fausse manipulation. (...) ; l’architecture faisait qu’on était seul dans nos chambres, donc ton monitoring avait beau sonner asystolie, il n’y avait personne qui allait rentrer dans ta chambre pour t’aider.” (Infirmier 8)*

## 7. L’empathie

Les infirmières de **psychiatrie** ressentent surtout un manque de temps en faisant ce qu’elles pouvaient dans la mesure du possible. Deux contraintes à l’empathie ressortent : l’impuissance et l’épuisement. Cinq infirmières évoquent une contrainte de plus : le fait de devoir rester le moins longtemps possible dans les chambres des patients Covid.

*“Le fait que les patients étaient seuls, sans aucune visite de leurs familles bah évidemment ça fait qu’on a envie de faire plus que ce qu’on devrait faire (...) Donc voilà moi j’avais envie de faire le maximum que je pouvais pour aider les patients. Maintenant pas assez ? Oui, ça a pu arriver parce qu’à un moment on était épuisé. Mais bon on n’avait pas beaucoup de temps, on faisait ce qu’on pouvait.” (Infirmière 4)*

*“Sinon l’empathie, ben je pense qu’on a eu quand même des moments où les patients nous renvoyaient de la bienveillance (...) on prenait quand même le temps d’être disponible dans la mesure du possible et de parler avec les patients quand on faisait les toilettes ou quoi. On était plutôt aimable. Enfin moi je me trouvais gentille avec les patients dans la limite de ce que je pouvais donner.” (Infirmière 6)*

Il est exprimé par quatre infirmiers **intensivistes**, qu’étant donné l’état comateux du patient, une place différente est donnée à l’empathie. Cette dernière va, selon eux, davantage se faire vivre avec la famille par téléphone ou appel vidéo au vu de l’interdiction des visites.

La totalité des répondants évoque avoir une place centrale faisant office de relais entre la famille et le patient. Étant leur seul contact au cours des mois, les membres de la famille se réfèrent beaucoup aux infirmiers afin d’obtenir les informations sur l’état de santé du patient.

Deux infirmiers expriment avoir été plutôt trop peu empathiques que trop, au vu du travail aux soins intensifs connu pour des situations tristes d’origine, la juste distance est habituelle pour eux. Un infirmier dit être plus empathique quand les familles lui “ressemblent” davantage, quand une barrière linguistique se présente il est parfois difficile pour lui d’être patient.

*“Je pense être plus empathique que la majorité des soignants qui ont perdu leur empathie. Je faisais toujours en sorte que les familles puissent voir leur proche malade malgré les circonstances. (...) le fait que ce soit une maladie infectieuse fait qu'on a beaucoup perdu de notre humanité, mais j'essaie quand même de la garder, encore maintenant.” (Infirmier 2)*  
*“J'avais une empathie plus grande lorsque j'ai connu les patients, j'allais dire vivant, mais... éveillés. Parce que forcément, tu crées des liens, tu es la seule personne qu'il voit la journée donc tu es son seul lien social.” (Infirmier 8)*

## 8. Émotions ressenties

Concernant les infirmières en **psychiatrie**, une difficulté générale est ressentie ajoutée à un mélange d'émotions diverses. Quatre infirmières citent être « à fleur de peau » et deux d'entre elles expliquent pleurer facilement. La tristesse, l'impuissance et la colère ressortent à plusieurs reprises. Trois infirmières expriment avoir été très anxieuses et relativement stressées durant cette période de travail. Une infirmière dit avoir été à bout, déprimée et écœurée.

*“Je pleurais à la moindre petite chose. Le stress, la fatigue, etc. tout ça faisait que j'étais vraiment à fleur de peau. Triste aussi, d'aller au travail sans être avec mes collègues et sans monter dans mon service. Mais aussi triste par rapport aux décès, à la situation en général. En colère également par rapport à la gestion des répartitions, etc.” (Infirmière 5)*

Du côté des **soins intensifs**, six infirmiers expriment ressentir une adrénaline, être hyper motivés par le caractère aigu de la pandémie et avoir la sensation de « sauver le monde ». Trois d'entre eux évoquent un stress par rapport aux décès et à la charge de travail, trois disent avoir été fatigués.

*“La première vague, ça allait parce que comme je l'ai dit, c'était tellement de l'adrénaline (...) Niveau émotionnel c'était compliqué parce qu'on a vécu des choses difficiles avec des décès parfois de personnes jeunes (...) on était hyper motivés, il fallait annuler nos congés et on le faisait, s'il fallait prester plus, on revenait prester en plus” (Infirmier 3)*  
*“Honnêtement je pense que je me sentais bien. Parce que j'étais super excitée, qu'on était dans un mood où tout le monde était cloîtré chez soi et nous on était un peu en train de (ce sont des grands mots quand je dis ça) sauver le monde. Mais je pense qu'à la fin je sentais qu'on allait tirer sur la corde et qu'il y allait avoir un revers de médaille, que ça allait être assez compliqué pour le personnel de vivre ce post COVID. Mais la fin de la première peut-être où je me suis lassée plus facilement de mon boulot, il m'a plu vite épuisée.” (Infirmier 8)*

## 9. Épuisement professionnel et burn-out

Une des infirmières de **psychiatrie** explique avoir dû aller chez son médecin traitant afin d'obtenir un certificat médical et, ainsi, quelques jours de récupération au vu de son épuisement et dépassement par la situation. Trois autres infirmières ont fait de même durant la période de la première vague.

Deux infirmières évoquent une baisse de motivation et une autre cite comme motivation sa fin de carrière dans deux ans. Les répondants expriment à l'unanimité un épuisement professionnel tant pour eux que pour leurs collègues.

### De la part des collègues

*“En tout cas épuisement ça c'est sûr de ma part, mais de mes collègues aussi ça c'est clair. Je pense qu'il n'y a pas une personne qui est revenue en disant voilà moi j'ai adoré. On en avait toutes ras-le-bol et aussi je pense qu'on était tous comment dire traumatisés même si c'est un grand mot quoique en tout cas on était tous atteints par rapport à ce qu'on venait de vivre quoi. On a vécu quelque chose de très très fort. (...) je pense qu'enfin on n'est pas sorti indemne.” (Infirmière 3)*

### Personnellement

*”Plus maintenant, mais au moment de la première vague oui. Je n'étais plus motivée à venir (enfin sur la fin je dirais), j'étais hyper irritable et comme je l'ai déjà dit je pleurais rapidement. Oui, oui je ressentais un épuisement professionnel c'est sûr.” (Infirmière 8)*  
*“Je ne pouvais pas continuer comme ça.” (Infirmière 6)*

Aux **soins intensifs**, un épuisement professionnel général est ressenti par les collègues, il est moindre personnellement.

### De la part des collègues

À l'unanimité, les infirmiers expriment avoir ressenti un épuisement professionnel de la part de leurs collègues. Deux évoquent qu'il s'agissait de soignants qui avaient tendance à trop s'investir. Un infirmier dit que cela ne concernait pas forcément les plus anciens mais parfois des soignants commençant tout juste leur carrière.

*“Ah oui beaucoup. Ça, malheureusement, ceux qui étaient en épuisement ou en burn-out, on les a vus venir à 100 à l'heure. Les personnes qui ont sombré là-dedans sont les personnes les plus investies et celles qui n'arrivaient pas à raccrocher en rentrant chez elles.” (Infirmier 2)*

*“Oui, franchement, c’est choquant... Déjà, à la base, le métier d’infirmier est à risque de burn-out, mais alors là, avec le covid, je n’avais jamais vu ça.” (Infirmier 3)*  
*“Oui il y a eu énormément de burn-out, d’épuisement ; et tu le ressens, quand ils travaillent, ils sont beaucoup plus à fleur de peau, tout est exaspérant, que tout demande un effort.” (Infirmier 7)*

### Personnellement

Cinq infirmiers expriment ne pas avoir ressenti d’épuisement professionnel lors de la première vague, trois évoquent avoir été fatigués.

*“Burn-out, je ne sais pas si je peux aller jusque-là, mais en tout cas épuisement professionnel oui. (...) tu as un ras-le-bol déjà en plus des horaires, où tu es envoyé à gauche à droite, où tu as l’impression que tu es un pion et qu’on ne te respecte pas.” (Infirmier 6)*

### 10. Mise en place de dispositifs au sein de l’institution

Aucune des infirmières en **psychiatrie** n’exprime avoir eu recours aux dispositifs mis en place par l’institution. Celles-ci disent avoir en peu entendu parler excepté la présence de psychologues, une formation de prévention au burn-out ainsi qu’une journée de relaxation. De plus, l’une d’entre elles explique qu’il était compliqué de trouver l’aide nécessaire et éprouvait un manque d’énergie afin de commencer à chercher qui contacter et où.

*“Il y avait des affiches sur les portes et on recevait aussi des mails pour nous dire que si besoin on pouvait contacter C. une psychologue. Mais je ne connais personne qui l’a contactée.” (Infirmière 5)*  
*“Ils avaient fait une petite formation comme ça pour de la prévention au burn-out et je trouvais que c’était déplacé parce qu’à la fois ils ne nous donnaient aucune condition pour nous apaiser et en gros on devait apprendre à gérer son stress et enfin voilà je n’ai pas du tout trouvé ça soutenant. Je n’attendais rien d’eux, je ne devais rien attendre d’eux et ce n’était pas eux qui allaient me rassurer pour quoi que ce soit.” (Infirmière 6)*

Sept infirmiers aux **soins intensifs** expriment connaître les dispositifs mis en place au sein de l’institution mais ne pas y avoir participé pour autant étant donné le fait d’une mauvaise organisation ou encore d’un mauvais timing. Toutefois, un infirmier évoque avoir eu recours à un soutien psychologique qui l’a fortement aidé.

*“Oui, mais je trouve que ça a été très mal fait. (...) Je trouve donc que les moments étaient mal choisis ; je ne dis pas qu’il fallait forcer les gens à voir un psychologue, mais je pense qu’il aurait fallu nous programmer à tous un petit rendez-vous.” (Infirmier 3)*

*“Moi dans mon équipe, avec ma chef, il n’y a rien qui a été mis en place donc on n’a jamais pu débriefer sur ce qu’on avait vécu. (...) il y a quand même, en effet, l’équipe de psy qui passait à partir de la fin de la première vague pour nous sensibiliser et dire qu’ils étaient disponibles.” (Infirmier 8)*

### 11. Augmentation des consommations (Alcool, drogue, jeux vidéo, boissons énergisantes, cigarettes, etc.)

En ce qui concerne les infirmières en **psychiatrie**, cinq d’entre elles expriment ne pas avoir augmenté leur consommation, deux autres disent le contraire concernant l’alcool et une dit avoir consommé davantage de boissons énergisantes. Une infirmière cite avoir augmenté sa consommation de cigarettes.

*“Par exemple moi j’étais fumeuse avant puis je ne fumais plus et là, ben, j’ai refumé (...) je ne pouvais pas m’en empêcher, j’avais besoin de la cigarette pour me déstresser. Et sinon bah j’avoue que l’alcool aussi quand même...” (Infirmière 3)*  
*”Les boissons énergisantes plus que d’habitude pour me donner un peu d’énergie quoi. Ou du café pour me booster.” (Infirmière 4)*

Pour ce qui est des comportements compulsifs, la quasi-totalité révèle en avoir adopté, que ce soient des douches répétées, une désinfection exagérée des mains ou de l’environnement.

*“Je prenais toujours ma douche à l’hôpital avant de rentrer chez moi. Je mettais genre une plombe pour enlever mes vêtements parce qu’on disait beaucoup qu’on risquait de s’infecter en enlevant nos blouses. Puis je me douchais et je remettais des habits propres. Et c’est vrai que ce que je faisais souvent (rire) c’est nettoyer mes semelles, les semelles de mes chaussures.” (Infirmière 3)*  
*“Oui je nettoçais même mes courses (rire). Et voilà j’enlevais mes chaussures dehors, je me déshabillais dans le couloir et je rentrais directement dans la salle de bain, je ne disais bonjour à personne tant que je n’étais pas lavée. Donc oui, un petit peu parano du virus il n’y a pas photo. Ah oui je nettoçais mes semelles de chaussure avec des lingettes de dettol avant de rentrer chez moi.” (Infirmière 7)*

Aux **soins intensifs**, la totalité des infirmiers exprime ne pas avoir augmenté ses consommations ou développé de comportements compulsifs.

## 12. Les manques lors de la première vague

Concernant les manquements lors de la première vague pour les infirmières en **psychiatrie**, deux d'entre elles citent un manque de reconnaissance, de soutien et de considération de leur spécialisation. Trois infirmières expriment un manque de préparation et d'information avant la démobilisation.

*“Je pense qu'on aurait eu besoin déjà d'une préparation avant d'y aller (...) plus des temps ou des moments où on pouvait poser des questions et avoir du temps où les gens pouvaient prendre le temps de nous répondre et pas d'être tout le temps dans l'express et dans la course (...) Peut être aussi une organisation où on nous propose plus par exemple de ne pas s'occuper de l'administratif, mais qu'on fasse plutôt des choses pour lesquelles on était plus à même, etc.” (Infirmière 2)*

Trois d'entre elles auraient aimé être affectées aux autres services avec au moins une collègue de psychiatrie. De plus, quatre infirmières évoquent le besoin d'être démobilisées dans un seul service plutôt que de faire partie de l'équipe mobile.

*“Ce dont j'aurais eu besoin c'était peut-être d'être un peu plus avec mes collègues. (...) Ça m'aidait de savoir que j'allais retrouver une figure qui représente un peu ce qui était ma zone de confort avant si je peux dire ça comme ça. Donc je dirais que j'aurais eu besoin d'être affectée avec une collègue.” (Infirmière 6)*

Aux **soins intensifs**, trois infirmiers expriment un manque de reconnaissance.

*“De plus de reconnaissance ; je me suis dit : « Avec cette pandémie, le monde va réaliser qu'être infirmière, ce n'est pas que torcher des culs ou donner des pilules aux patients, qu'on est plus que ça » (Infirmier 3)  
“Comme ça a été médiatisé, un peu plus de reconnaissance. Ça a été bien gentil d'applaudir à 20h pendant un mois, mais ça ne change rien, ça ne suffit pas” (Infirmier 7)*

De plus, quatre intensivistes sondés auraient aimé avoir plus de soutien, que ce soit par leur chef de service ou par la direction, mais également davantage d'accompagnement psychologique. Un défaut organisationnel est évoqué par trois d'entre eux ainsi qu'un manque d'infirmiers compétents sur le terrain.

*“Une meilleure organisation (...) que ce soit au niveau matériel, logistique ou dans la gestion du personnel. (...) un soutien psychologique (...) plus de présence de la direction, que ce soit avec notre cadre ou notre chef, avoir un temps de parole pour pouvoir débriefer et dire ce qu'on ressent.” (Infirmier 1)*

## 13. Motivations, stratégies d'adaptation et éléments essentiels au travail

### Ce qui a permis de tenir le coup

Les infirmières de **psychiatrie** rapportent une mise en place de réunions zooms par la psychiatre du service afin que l'équipe puisse y déposer son vécu. Cela a été une des choses permettant de tenir le coup et toutes ont trouvé cela soutenant. Les deux suivantes étaient : le soutien des collègues et les liens familiaux/amicaux cités par l'ensemble des répondants. Une infirmière exprime également que l'état provisoire de la situation lui a permis de tenir le coup.

*“Ce qui m'a permis de tenir le coup c'étaient les réunions zoom qu'on faisait avec l'équipe deux fois par semaine. (...) les appels avec mes collègues ou mes amis après le boulot. Et sinon à la maison j'essayais au maximum de m'occuper et de me changer les idées.”*  
(Infirmier 5)

### Motivations

Deux infirmières en psychiatrie citent une motivation financière, celles-ci y allaient pour gagner leur salaire. Quatre expriment ne pas avoir eu le choix et deux d'entre elles disent que c'était leur devoir d'y aller.

*“Je n'étais pas motivée, je venais parce qu'il fallait, c'était mon devoir d'y aller.”*  
(Infirmière 1)  
*“Je crois que je l'ai fait parce que de toute manière c'était mon contrat de travail. C'était ce qu'on attendait de moi.” “Il fallait, il fallait et en fait on était un peu dans un mode sidéré quoi. On n'avait pas le temps à la révolte, pas le temps à la réflexion. On était sidérée, sous le choc.”* (Infirmière 6)

### Ce qui a permis de tenir le coup

Deux infirmiers **intensivistes** évoquent la diminution de leur temps de travail comme stratégie. Trois autres disent ne pas avoir eu réellement le choix, c'était leur devoir de venir travailler.

*“Un mois de certificat, ça m'a bien aidée. (...) Du coup j'ai décidé de diminuer mon temps de travail à l'hôpital.”* (Infirmier 2)  
*“Clairement me réorienter dans autre chose et diminuer mon temps de travail m'ont permis de continuer à venir sereinement travailler.”* (Infirmier 3)

### Motivations

Quatre répondants ont cité comme motivations l'apprentissage, l'aspect aigu et inédit de la pandémie, qui par des infirmiers en soins intensifs sont en quelque sorte « recherchés » sur le terrain.

Une autre motivation, exprimée par l'ensemble des infirmiers intensivistes, est l'entraide entre collègues et le renforcement de la cohésion et des liens dans l'équipe.

*“Je pense que c'était le fait de se sentir utile, le fait que voilà ça arrive... En toute humilité, qui est mieux formé que moi pour aider à passer ce problème ? On a étudié pour le faire, on le fait c'est tout. Si on choisit de travailler aux soins intensifs, on sait que ça peut arriver. Et si ça arrive, il n'y a personne de mieux placé que nous pour le faire.” (Infirmier 2)*

#### 14. Changement dans la façon d'être ou de travailler après la première vague

En **psychiatrie**, l'ensemble des répondants évoque un soulagement de retourner travailler dans leur service de base. Deux infirmières expriment un changement positif dans leur façon de travailler.

*“Je pense que le fait de revenir après dans notre service de psychiatrie, ça a été un tel soulagement que j'ai plus de moment où je positive et où j'ai envie d'être plus compréhensive avec les patients ou d'avoir plus de temps, etc. Tellement on se dit que ça fait du bien d'effectuer ce travail là, notre travail. Et peut-être aussi, plus qu'avant, avoir vraiment besoin de rigoler et vraiment avoir le besoin d'humour dans notre travail parce que c'est important. (Infirmière 2)*

Aussi, un sentiment d'insécurité se fait ressentir. En effet, trois d'entre elles évoquent la peur de voir leur service refermer ses portes. De plus, à l'unanimité, les infirmières citent avoir ressenti un changement dans leur façon de travailler du fait de l'obligation de respecter certains protocoles covid.

Il est vrai, trois répondantes expriment une augmentation des restrictions au sein de leur service ainsi qu'une perte de liberté. Deux autres infirmières expliquent qu'une distance avec les patients s'est installée engendrant, de ce fait, un contact différent avec ceux-ci.

*“Mais j'ai toujours quand même cette appréhension dans mon travail de me dire que tout peut encore basculer, chose que je ne ressentais pas du tout avant, donc ça c'est quand même un changement dans mon travail de tous les jours quoi.” (Infirmière 3)*

*“Un sentiment d'insécurité est beaucoup plus présent chez moi.” (Infirmière 8)*

Aux **soins intensifs**, trois infirmiers expriment un relâchement lors de leur retour dans leur service initial (non-covid), une lassitude des patients habituels et une fatigue de la situation vécue.

*“Quand tu regardes dans ton unité après avoir vécu cette adrénaline, en fait, quand tu reviens avec tes petits patients habituels, tu es un peu lassé” (Infirmier 2)*

*“Beaucoup de fatigue, de démotivation et ça se ressent peut-être un peu dans le travail.” (Infirmier 5)*

*“Post première vague il y avait un moment de relâchement où je n'avais pas spécialement envie de reprendre, quand on a refait l'USI propre, de gros patients.” (Infirmier 3)*

Quatre infirmiers intensivistes, quant à eux, expriment un changement positif étant donné leur développement professionnel, un apprentissage et une autonomie accélérés lors de cette pandémie, diminuant le stress des situations aiguës vécues à présent.

*“Je pense que je suis plus à l’aise avec les situations inattendues à l’USI. (...) professionnellement je me suis développé, ça, ça m’a permis de tenir aussi de me dire ok j’évolue” (Infirmier 5)*

*“Sûrement beaucoup. J’ai appris beaucoup plus que ce que je n’aurais appris par la voie normale. (...) Je pense que je suis peut-être plus compétente plus facilement que d’autres personnes. (...) La débrouillardise.” (Infirmier 8)*

## 15. Ce qui aurait pu être amélioré par rapport au bien-être sur le terrain

En **psychiatrie**, trois répondants expriment que la préparation, l’information et la communication auraient pu être améliorées.

*“Déjà l’information. Au moins une petite préparation.” (Infirmière 7)*

*“On aurait pu nous prévenir à l’avance parce que je doute que ça soit une décision de dernière minute. Genre je ne sais pas on aurait pu un jour descendre dans les autres services une heure pour voir leur façon de travailler ou je ne sais pas, pour qu’on nous présente un minimum les autres services, les équipes. (...) ils auraient pu au moins nous démobiliser dans un service et nous laisser dans celui-là au maximum.” (Infirmière 4)*

Trois autres répondants évoquent l’importance de la démobilisation avec des membres de leur équipe et l’une d’entre elles propose une gestion des cas covid au sein de leur service de psychiatrie.

*“Que la direction écoute notre besoin de nous retrouver entre nous. Moi franchement c’est ça aussi, un truc qui m’a déchiré le cœur, c’était qu’on vivait ça toutes séparément alors que franchement on aurait pu vivre ça ensemble. J’aurais tellement voulu qu’ils entendent ça. Qu’ils nous laissent en équipe avec une gestion de Covid par exemple mais toute l’équipe.” (Infirmière 6)*

Trois infirmières citent un manque d’écoute.

*“Être un peu à l’écoute pour qu’on puisse dire « Voilà, nous on comprend qu’on doit être là mais svp laissez-nous un peu dans le même service, qu’on ait le temps un peu de s’habituer, de revoir les pathologies, etc. ». (...) tout comme être avec une de nos collègues. (...) (Infirmière 3)*

*“Aussi, une vraie écoute, que si on nous écoute on change quelque chose pour notre bien-être, par rapport à nos compétences. Plus de soutien en général.” (Infirmière 1)*

Du côté des **soins intensifs**, la nécessité d'une meilleure organisation est exprimée par l'ensemble des répondants.

Trois d'entre eux évoquent qu'une meilleure gestion des horaires et des ressources humaines aurait pu être améliorée. Quatre autres expriment un manque de soutien psychologique.

*“Un soutien psy dès le début (...) Une meilleure gestion des ressources humaines, de nos horaires (...) Une meilleure organisation sur le terrain.” (Infirmier 8)*  
*“Moins de patients”, “le soutien de plus haut”, “des groupes de parole mis en place plus rapidement”, “la gestion des horaires est à revoir” (Infirmier 4)*  
*“Plus d'aide extérieure sur les domaines où on pouvait en recevoir, donc au niveau de l'hygiène, au niveau de la formation continue (...) plus de personnel (...) plus vite de l'accompagnement des équipes (...) un peu plus de reconnaissance de la direction.” (Infirmier 9)*

## 16. Éléments positifs de la première vague

Les infirmières de **psychiatrie** expriment toutes un renforcement des liens au sein de leur équipe. Les mots : collaboration, solidarité et rencontres (avec les soignants des autres services) sont cités à plusieurs reprises.

*“Éléments positifs : sans hésiter, je dirais les relations humaines. Tant avec les équipes sur place : les belles rencontres, qu'avec les patients. Il y a quand même eu de belles choses au niveau humain qui se sont passées. ” (Infirmière 3)*  
*“Vraiment le positif ce sont les rencontres” (Infirmière 8)*  
*“C'est le lien entre nous. Je trouve que le lien entre nous était super, ça a fédéré quelque chose et renforcé nos liens. Donc une grande solidarité ça c'était le positif.” (Infirmière 2)*

Du côté des **soins intensifs**, deux éléments positifs ressortent : l'apprentissage, cité par six infirmiers et la richesse des rencontres, exprimée par cinq d'entre eux.

*“Égoïstement ce que ça nous a apporté au niveau professionnel, au niveau développement professionnel.” (Infirmier 2)*  
*“Fédérateur pour les unités de soins intensifs. On a appris à connaître des gens, on a appris à travailler ensemble et entre guillemets à uniformiser nos prises en charge (...) toutes ces personnes qui ont commencé à travailler là ont vraiment un bagage que généralement tu mets des années à acquérir.” (Infirmier 4)*  
*“La richesse des rencontres avec les collègues (...) l'apprentissage et la formation professionnelle.” (Infirmier 8)*

## 17. Éléments négatifs de la première vague

L'élément négatif ressortant le plus prioritairement pour les infirmières de **psychiatrie** est la démobilisation. Les mots évoqués sont : inconfort, peur et insécurité.

*“Le fait d’être délocalisée comme ça sans tenir compte de tes besoins et de tes qualifications.” “Qu’on te dise « tu es infirmière c’est comme ça, c’est noté sur ton diplôme ».” (Infirmière 3)*  
*“Alors un élément négatif, c’est vraiment l’insécurité constante qui durait.” (Infirmière 2)*  
*“C’était la peur, la peur de ramener le covid chez toi ou de le donner à tes parents, moi j’ai un mari plus âgé et je craignais de donner la mort quoi.” (Infirmière 7)*

De plus, six infirmières évoquent avoir été considérées comme des pions.

*“Puis je me disais que finalement on n’est que des petits pions, on nous a vraiment utilisé, voilà, personne plus haut ne s’est inquiété. Vraiment je me suis sentie comme un petit pion qu’on déplaçait à gauche à droite pour boucher les trous et pour faire le travail qu’il y avait à faire.” (Infirmière 4)*

Aux **soins intensifs**, tous disent qu’il y a tellement de points négatifs qu’ils ne savent pas lequel choisir. Deux éléments ressortent malgré tout chez cinq soignants : la mauvaise gestion managériale et des ressources humaines. Le burn-out et le taux de mortalité sont également cités par deux infirmiers.

*“C’est malheureusement d’avoir perdu des collègues en or qui sont en épuisement ou en burn-out, qui ont démissionné.” (Infirmier 2)*  
*“La structure très bancal de l’hôpital (...) zéro briefing, zéro occasion de venir débriefer de ce qu’on vivait.” (Infirmier 5)*  
*“Tout ce qu’on n’a pas appris de ce qu’on a vécu, en tout cas au niveau management et au niveau de l’hospitalier. Donc je dirais vraiment management et le manque de soutien psychologique (...) mauvaise gestion des ressources humaines.” (Infirmier 8)*  
*“Le taux de décès et l’inhumanité qui allait avec.” (Infirmier 9)*

## V. Discussion

A travers cette discussion, nous souhaitons répondre à notre question de recherche :

*« Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ? »*

Pour cela, il serait intéressant de mettre en lumière les recherches littéraires avec les résultats des entretiens effectués.

D'une part se présentent les résultats des répondants démobilisés à savoir les infirmières en psychiatrie ayant dû aller travailler dans les services d'hospitalisation générale Covid. D'autre part, les résultats des infirmiers intensivistes travaillant dans les services Covid et ayant reçu des soignants démobilisés.

Grâce aux vécus de ces deux groupes de répondants, nous avons pu approfondir cette discussion grâce à l'émergence de nouveaux éléments.

### 1. Convergences, divergences des résultats et mise en lien avec la littérature

Les deux groupes de répondants ont des vécus assez similaires quant à la première vague de Covid-19. En effet, ceux-ci ont exprimé avoir reçu l'annonce de la démobilisation de façon soudaine.

Du côté de la psychiatrie, un mauvais accueil a été exprimé et un stress s'est fait ressentir, selon elles cela était dû à la vitesse du terrain, le timing et la surcharge de travail.

Aux soins intensifs, les infirmiers ont décrit espérer bien accueillir le personnel démobilisé dans leur service mais manquer de temps et subir une charge de travail intense qui pouvait les empêcher de le faire au mieux.

Le ressenti des deux groupes se rejoint en une constatation commune : le manque de préparation.

Différents thèmes ont pu émerger à travers les vécus exprimés et les recherches littéraires faisant ressortir certaines convergences et divergences au sein des deux groupes de répondants.

## **Préjudice et détresse morale**

Préjudice et détresse morale peuvent se retrouver sur le terrain autant pour les infirmiers en psychiatrie qu'en soins intensifs, comme le confirment LoGiudice et Bartos (2021).

Premièrement, en psychiatrie, les infirmières ont exprimé manquer de temps au chevet du patient. Celles-ci auraient souhaité mieux soigner mais l'institution leur demandait un temps limité dans les chambres afin d'éviter la contamination. De plus, étant donné la charge de travail, le rendement primait sur le prendre soin.

Aussi, l'étude de Miljeteig et al. (2021) évoque que, pour les infirmiers en psychiatrie ayant été redéployés au sein de leur hôpital, une détresse morale plus élevée est observée. En effet, nous pouvons le confirmer en nous appuyant sur le ressenti de nos répondants.

Deuxièmement, aux soins intensifs, les infirmiers ont évoqué manquer de temps pour accueillir au mieux les soignants démobilisés. Ceux-ci connaissaient l'importance de ce bon accueil mais disaient en avoir été empêchés du fait de la charge de travail.

Nous pouvons mettre ces deux ressentis en lien avec la définition de Jameton 1984 dans Dorris (2013) : *“La détresse morale survient quand on connaît la bonne action à poser ou la bonne chose à faire, mais que des obstacles et des contraintes organisationnelles empêchent d'agir en ce sens.”*

## **Stress, facteurs stressants et anxiété**

Des sources d'anxiété et facteurs stressants ont été observés dans les équipes de psychiatrie et de soins intensifs.

Des facteurs communs sont ressortis dans les deux groupes de répondants : l'inconnu du virus, la peur de contamination pour soi et pour ses proches et la vitesse de travail. Nous pouvons appuyer cela avec l'étude de LoGiudice et Bartos (2021) qui rapportent une source d'anxiété quant à l'inconnu du virus et la peur de contaminer les proches.

Pour les infirmières en psychiatrie, d'autres facteurs stressants se font ressentir. En effet, étant donné leur démobilisation dans des services différents chaque jour, une perte de repère était présente ainsi que la peur de mal faire. De plus, celles-ci ont dû gérer le fait d'être replongées dans des soins somatiques ainsi que d'assumer une mauvaise gestion du dispatching.

Par ailleurs, pour les infirmiers intensivistes, le facteur stressant cité par la majorité des soignants était la lourdeur des patients porteurs du Covid-19. Aussi, ceux-ci évoquaient la solitude dans les soins, une longue attente pour une aide en chambre et un stress quant à l'inconnu des compétences des collègues. Cela est confirmé par El-Hage et al. (2020), citant une situation particulièrement anxiogène face à un manque de compétences et de moyens.

### **Champ de compétences**

Une divergence de taille se fait ressentir quant au champ de compétences par les deux groupes. Les infirmières en psychiatrie exprimaient être clairement sorties de leur champ de compétences, d'une part en prenant en charge un demi-couloir alors que dans leur service de base l'organisation y est différente, d'autre part en quittant un service de santé mentale pour rejoindre un service somatique.

Les infirmiers intensivistes, quant à eux, ont exprimé ne pas être sortis de leur champ de compétences mais plutôt avoir repoussé leur limite à ce qui peut être attendu d'un vrai infirmier SISU et être sortis de leur zone de confort. Leur ressenti est davantage positif du fait de leur apprentissage accéléré par la situation inédite et aiguë.

### **Difficultés ressenties**

Nous pouvons retrouver certaines convergences dans les difficultés exprimées par les deux groupes de répondants concernant : les horaires et les manques d'organisation et de préparation. Pourtant, le rapport du KCE de Van de Voord et al., (2020) nous informe d'une présence de formations pour les infirmiers intensivistes plus prononcée que pour les infirmiers de services généraux.

Une divergence ressort dans les deux groupes de répondants, un manque de matériel a été décrit par les infirmières en psychiatrie (blouses, masques, etc.) et non exprimé par les infirmiers aux soins intensifs. En effet, LoGiudice et Bartos (2021) nous avaient informé qu'une anxiété pouvait être causée par le manque d'EPI.

Finalement, du côté de la psychiatrie, il est décrit un manque de reconnaissance de leur spécialisation. Pourtant, comme le disent Cabarkapa et al. (2020), la reconnaissance professionnelle renforce positivement le travail fourni par les professionnels de la santé.

Ces infirmières en psychiatrie disaient être considérées comme infirmières générales au même titre que celles travaillant dans des services somatiques.

Or, certaines d'entre elles n'ont jamais ou presque travaillé dans des services techniques au contraire des infirmiers intensivistes qui sont formés et reconnus pour leur côté technique.

### **Épuisement professionnel et burn-out**

Un épuisement professionnel est ressenti tant du côté de la psychiatrie que du côté des soins intensifs. Chez ces derniers, des burn-out ont clairement été exprimés.

Comme le disent Bruyneel et al. (2021), une charge de travail plus élevée augmenterait considérablement le risque d'épuisement émotionnel (EE) chez les infirmiers des soins intensifs par rapport à une charge de travail stable.

En effet, nous avons pu constater, grâce à nos entretiens, un épuisement émotionnel rapporté par les infirmiers intensivistes à la suite d'une charge de travail plus élevée qu'à l'origine.

De plus, un taux de décès élevé est rapporté par Van de Voord et al., (2020), comme augmentant le risque de burn-out chez les soignants.

Nous pouvons mettre cela en lien avec les réponses des infirmiers de psychiatrie et de soins intensifs rapportant un taux de mortalité plus élevé en pandémie qu'habituellement.

Finalement, Bruyneel et al. (2021) évoquent un épuisement professionnel comme pouvant avoir des conséquences néfastes chez les infirmiers à savoir ; des répercussions négatives sur la qualité et la sécurité des soins. De plus, des problèmes physiques et mentaux peuvent apparaître et entraîner un risque de développer : fatigue, anxiété et troubles du sommeil. Ces risques eux-mêmes pouvant entraîner une diminution de la performance au travail, de l'absentéisme et un turn-over du personnel infirmier davantage important.

En effet, il a été rapporté par les deux groupes de répondants, la remise de certificats médicaux ainsi que de la fatigue et de l'anxiété. Aussi, aux soins intensifs, un turn-over important a été observé.

Face aux difficultés exprimées par l'ensemble des répondants et appuyées par les recherches littéraires, différentes stratégies d'adaptations ont été proposées.

## **Stratégies d'adaptation**

Tout d'abord, concernant la résilience, LoGiudice et Bartos (2021) décrivent que, lors de cette pandémie, les infirmiers, forcés de rebondir, ont dû grandir et s'épanouir en élevant leur carrière à un autre niveau. En effet, cela peut être mis en perspective avec les témoignages des infirmiers intensivistes exprimant, grâce à la pandémie, un apprentissage accéléré et un développement de leurs compétences.

Ensuite, il est rapporté par les infirmières de psychiatrie, un changement positif dans leur façon de travailler. Celles-ci ont exprimé vouloir être davantage compréhensives avec les patients et leur accorder plus de temps. Cela est confirmé par l'étude qualitative de Sun et al. citée dans Phoenix Australia (2020), qui explique que les émotions négatives ressenties pendant la pandémie pourraient conduire à des émotions plus positives : la compassion ou l'altruisme pouvant ressortir grâce à certaines situations difficiles.

Finalement, il est évoqué comme ressource, par les infirmières de psychiatrie, la présence de réunions virtuelles zooms afin de partager leurs expériences et d'y déposer leur vécu. Nous pouvons mettre cela en lien avec l'étude de LoGiudice et Bartos (2021).

Cependant il a été rapporté par les deux groupes de répondants, la non-participation aux dispositifs mis en place au sein de l'institution. Il n'y avait pas d'attente du côté de la psychiatrie. En revanche, aux soins intensifs, un meilleur choix des moments a été évoqué.

Les deux groupes de répondants ont également exprimé la nécessité d'un soutien tant par les collègues que par les membres de leur famille, ce qui fait sens avec l'étude de Miljeteig et al. (2021) rapportant l'importance, pour les professionnels de la santé, d'un soutien par les amis et la famille ainsi qu'un partage d'expérience avec les collègues.

## **Management**

Pour rappel ; le bien-être et la motivation des soignants au travail peuvent être améliorés par certains facteurs comme un soutien de la part des équipes et de l'organisation, une empathie du côté du leadership, de la camaraderie et une fierté face à l'adversité. (Phoenix Australia, 2020) Pourtant, à travers nos entretiens, la gestion managériale générale a été caractérisée négativement tant du côté de la psychiatrie que des soins intensifs. Une mauvaise organisation, un manque d'écoute et de préparation ont été énoncés à l'unanimité.

Les deux groupes de répondants ont dit également avoir exprimé leurs avis et besoins et constaté la non prise en considération de ces derniers. Aussi, ceux-ci ont évoqué un manque d'informations, de briefing et de débriefing. Or, Phoenix Australia (2020) évoque l'importance d'un soutien personnel de groupe avant, pendant et après l'évènement.

Une mauvaise continuité des soins est ressortie du côté de la psychiatrie de par le fait de la démobilisation dans un service différent presque chaque jour alors que pour les infirmiers intensivistes, ce sont le manque de présence sur le terrain par les cadres, une mauvaise gestion des horaires et un manque de soutien psychologique qui priment.

Concernant les infirmiers chefs de services des groupes respectifs, les avis divergent. Pour la psychiatrie, le chef de service a été décrit comme soutenant et présent par l'ensemble de l'équipe malgré sa démobilisation à lui aussi.

Chez les infirmiers intensivistes, le chef de service a été décrit par trois infirmiers comme présent sur le terrain, faisant preuve de soutien moral et émotionnel. En revanche, trois autres soignants ont exprimé ne pas avoir été soutenus.

Miljeteig et al. (2021) rejoignent en partie cette idée. En effet, ceux-ci évoquent l'importance d'avoir un manager attentif à son personnel ainsi qu'un leadership, en situation aiguë telle une pandémie, afin de permettre une continuité d'organisation des soins dans la solidarité et l'empathie.

A propos de la direction de l'hôpital, les témoignages des deux groupes se rejoignent affirmant ne pas connaître la direction du département infirmier. Une nuance ressort cependant pour les infirmiers intensivistes qui ont reconnu avoir vu pratiquement tous les jours le directeur de l'hôpital et la directrice du département aigu.

### **Pistes d'améliorations**

A travers les entretiens, il a été demandé aux répondants de citer un point positif et négatif vécu lors de la première vague de Covid-19, différents éléments ont pu émerger grâce à la littérature et aux propositions de pistes des soignants interrogés.

Premièrement, le point positif évoqué autant par les infirmières en psychiatrie que par les infirmiers intensivistes est la rencontre des autres collègues. Il est également rapporté, aux soins intensifs, un apprentissage comme étant fédérateur pour les soignants.

Deuxièmement, une multitude de points négatifs ressortent au sein des deux groupes. Du côté de la psychiatrie, un manque de considération est clairement exprimé, le mot “pion” ressort chez la presque totalité d’entre elles et la démobilisation est l’inconfort qui prime. Aux soins intensifs, une mauvaise gestion générale tant managériale qu’humaine est ressentie.

Par ces points positifs et négatifs vécus par les deux groupes de répondants, les avis divergent concernant les pistes d’améliorations.

Les infirmières en psychiatrie ont évoqué qu’elles auraient aimé une meilleure préparation, une meilleure communication ainsi que davantage d’écoute. Aussi, et comme dit précédemment, un élément facilitateur aurait été la démobilisation avec un membre de leur équipe comme point de repère.

Du côté des soins intensifs, il en ressort la nécessité d’une meilleure gestion générale autant pour les horaires que pour les ressources humaines accompagné de davantage de mise en place de dispositifs de soutien.

Il est vrai, El-Hage et al. (2020), rapportent l’importance de faire preuve d’une aide logistique, d’un soutien social et d’assurer une réorganisation des équipes ainsi que des temps de paroles.

Du côté de la santé publique, d’autres pistes d’améliorations pourraient être envisagées, pour un futur meilleur, si une pandémie ou autre crise venait à se répéter.

Selon la Haute Autorité de Santé (2020), il est nécessaire d’adapter les conditions de travail à travers des mesures organisationnelles et de reconnaissances ainsi qu’en sécurisant le personnel. De plus, selon eux, il est important de faire preuve d’un accompagnement social et psychologique.

Pour conclure, à travers le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19, nous pouvons constater une place et un contexte différents occupés par chacun des deux groupes de répondants. Toutefois, il est intéressant de constater des convergences et divergences ayant pu en émerger.

## 2. Limites, forces et difficultés de la recherche

Premièrement, nous allons aborder les limites. Étant donné notre choix pour une méthode qualitative, nous pouvons retenir qu'avec ce type de méthode, les résultats sont non généralisables à une population puisque celle-ci se base sur l'expérience et le vécu de chacun. Notre échantillon est constitué de dix-sept personnes au total (huit pour la psychiatrie et neuf pour les soins intensifs) et ne représente donc pas une population entière.

De plus, grâce à cette méthode qualitative, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Pour ce faire, un guide d'entretien a été élaboré. Au sein de ce guide, les questions posées sont limitées mais davantage auraient pu y être ajoutées afin d'approfondir le sujet. Néanmoins, il est essentiel d'imposer un cadre pour répondre aux objectifs initiaux de notre recherche.

Le temps a également été une limite ; en effet nos recherches et interviews ont été réalisées, selon notre volonté, sur une période spécifique c'est-à-dire durant l'année académique 2021-2022, à savoir notre année diplômante.

La manière dont nos résultats ont été interprétés aurait pu être influencée par le fait que chacune de nous est soignante en psychiatrie ou aux soins intensifs. Ce statut de soignante pourrait également faire naître un biais de subjectivité. En effet, les questions étant orientées selon les résultats escomptés, notre subjectivité a pu mettre à mal l'interprétation des informations.

Deuxièmement, différentes difficultés se sont présentées lors de la rédaction de notre mémoire. Tout d'abord une difficulté de temps : d'une part, et n'étant pas de notre ressort, l'attente de disponibilité des répondants. D'autre part, la retranscription des entretiens nous ayant demandé un temps considérable.

Ensuite, la richesse des entretiens et la quantité des données récoltées nous ont imposé une certaine difficulté quant au tri des diverses informations. En effet, nous avons une crainte par rapport à la perte d'éléments essentiels. De plus, nous ne pouvons exclure la possibilité d'être confrontées à des biais de désirabilité sociale.

Aussi, étant donné le choix de période comme étant la première vague, il a pu être difficile pour les répondants de se remémorer le moment en question au vu du risque de confusion avec les vagues suivantes, nous pouvons donc nous retrouver face à un biais de mémoire.

Enfin, ayant fait le choix de réaliser notre mémoire en binôme, le risque d'un regard différent pourrait se poser, mais cela constitue également et selon nous, une force.

Troisièmement, afin de poursuivre avec les forces, la réalisation de ce travail à deux nous permet une réflexion plus poussée à la suite de nombreuses discussions. Aussi, un regard croisé sur nos entretiens ainsi qu'une interprétation parfois différente nous a permis une grande ouverture.

De plus, les répondants sélectionnés ayant vécu la crise il y a deux ans environ avaient le recul nécessaire pour répondre aux questions. Ceux-ci montraient un intérêt particulier quant à notre sujet et ont, grâce à cela, accepté de participer à nos entretiens avec enthousiasme. L'anonymat ayant été annoncé dès le début de l'entretien a permis un témoignage libre, sincère et en profondeur de la part du répondant. Aussi, ayant vécu la pandémie sur le terrain et en compagnie de nos collègues, il a été facile de sélectionner qui interroger par la suite.

Malgré le caractère récent de la crise, il a été aisé de trouver des sources scientifiques en quantité suffisante pour notre cadre théorique. Ce dernier nous a permis de cibler au mieux nos questions pour notre guide d'entretien.

Pour finir, la réalisation de notre mémoire en duo collaboratif nous a apporté une richesse certaine dans la diversité grâce aux deux points de vue partagés (psychiatrie et soins intensifs) ainsi qu'une expérience dans ce domaine. Notre passion pour le sujet sélectionné nous a permis de nous y impliquer davantage.

## VI. Conclusions générales

À travers ce mémoire, nous avons voulu mettre en lumière le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ainsi que les répercussions sur leur santé mentale.

Ayant nous-mêmes vécu cette crise sur le terrain, nous avons voulu nous intéresser aux ressentis de ces soignants.

Tout d'abord, nous avons commencé par élaborer notre cadre théorique sur base de nombreuses recherches littéraires. Nous avons pris connaissance des risques psychologiques encourus par les soignants lors d'une pandémie à savoir : anxiété, préjudice et détresse morale, assuétudes, stress, état de stress post-traumatique, burn-out et épuisement professionnel.

Ensuite, nous nous sommes intéressées aux différentes stratégies d'adaptation permettant, aux soignants, de faire face à ces risques. Pour rappel, ces stratégies comprenaient : le coping et la résilience, les ressources personnelles, humaines et managériales.

De plus, comme ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un master en sciences de la Santé Publique, il nous paraissait important d'en étayer un point à ce sujet.

Suite à l'écriture de notre revue de littérature et l'élaboration d'un guide d'entretien, nous avons effectué une étude qualitative sur le terrain au sein de nos hôpitaux respectifs.

A travers des entretiens semi-directifs, nous avons interrogé les infirmières en psychiatrie démobilisées en services d'hospitalisations et les infirmiers intensivistes ayant reçu des infirmiers démobilisés.

Les résultats récoltés, grâce à ces entretiens, ont été exposés et mis en lumière à l'aide de verbatims. Par cela, nous avons croisé le regard de la psychiatrie avec celui des soins intensifs en le mettant en lien avec la littérature, exposée précédemment, à travers une discussion.

Au sein de cette dernière et grâce aux vécus des soignants, de nouveaux thèmes ont pu émerger et faire place à certaines convergences et divergences dans les récits.

Nous avons pu, à travers ces entretiens en question, constater un vécu assez lourd de la part des infirmiers, des ressentis difficiles ont été exprimés quant à l'annonce de la démobilisation, de la sortie ou non du champ de compétences, des émotions, des changements dans la façon d'être et de travailler, des contraintes à l'empathie, etc.

Enfin, nous sommes conscientes que les résultats discutés au sein de ce mémoire, se focalisant uniquement sur la première vague de Covid-19, ne représentent qu'une infime partie de ce qui pourrait être abordé ou travaillé davantage. Il pourrait être intéressant de se pencher sur l'après-crise ou encore sur des répercussions à plus long terme.

Certaines pistes d'améliorations ont été proposées tant par la littérature que par nos deux groupes de répondants.

Toutefois, il serait intéressant de poursuivre ces pistes : que mettre en place à l'avenir pour un confort des soignants sur le terrain ? Comment prévenir les risques encourus par les soignants au sein d'une crise et quelle place pour la Santé Publique ? Qu'avons-nous retenu et sommes-nous prêts pour une prochaine pandémie ?

## Bibliographie

- Académie Française de Médecine. (2021). *Dictionnaire Médical de l'Académie Française*, [Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine \(academie-medecine.fr\)](https://www.academie-medecine.fr/)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Vol.5)*. Elsevier Masson.
- Aujoulat, I (2020). *Psychologie de la santé*. Master 1 en Santé publique, UCLouvain
- Aujoulat, I (2020) *Introduction aux méthodes qualitatives*. Master 1 en Santé publique, UCLouvain
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 16.
- Bruyneel, A., Smith, P., & Tack, J. (2021). *Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium*. ScienceDirect. Consulté le 15 octobre 2021, à l'adresse <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339721000483>
- Bruyneel, A., Butera, S., Brasseur, N., Filion, N., & Smith, P. (2021). *Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic : A Cross-Sectional Study in Belgium*. ScienceDirect. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176721002452>
- Cabarkapa, S., Nadjidai, S., Murgier, J., Ng, C. (2020, Australia). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it : A rapid systematic review. *Brain, Behavior & Immunity - Health*. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>
- Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2021). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*, 18(1). <https://doi.org/10.1192/bji.2020.39>

- CSS - Conseil Supérieur de la Santé (2022) Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : Quelles leçons pouvons-nous tirer pour l'avenir ? CSS n° 9676 [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20220215\\_css-9676\\_avis\\_lecons\\_apprises\\_vweb.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20220215_css-9676_avis_lecons_apprises_vweb.pdf)
- Delbrouck, M. (2008). 1. Résumé du profil du candidat au burn-out. Dans : , M. Delbrouck, *Le burn-out du soignant: Le syndrome d'épuisement professionnel* (pp. 31-35). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995.htm>
- D'hoore W (2021) *Cours d'accompagnement au mémoire*. Master 2 en Santé publique, UCLouvain
- Dorris, S. (2013). Comprendre la détresse morale des infirmières en milieu de soins pour pouvoir mieux y faire face. *Perspective infirmière*, vol. 10, no 5 (novembre/décembre), p. 29-31.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3, Supplément), S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Fallon, C., Thiry, A. & Brunet, S. (2020). Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2453-2454, 5-68. <https://doi.org/10.3917/cris.2453.0005>
- Gobert, M., Darras É., Hubinon, M. & Delfloor, T. (2010) Belgique. Recherche en soins infirmiers, 100, 8-13 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-1-page-8.htm>

- Haute Autorité de Santé. (Mai 2020) Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. Saint-Denis La Plaine: HAS; [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr\\_souffrance\\_des\\_professionnels\\_du\\_monde\\_la\\_sante\\_version\\_cd\\_vdef\\_dlg\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr_souffrance_des_professionnels_du_monde_la_sante_version_cd_vdef_dlg_mel.pdf)
- Hines, S.E.; Chin, K.H.; Glick, D.R.; Wickwire, E.M. Trends in Moral Injury, Distress, and Resilience Factors among Healthcare Workers at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020488>
- Hansez, I., Firket, P. et Braeckman, L. (2019) Evolution 2010-2018 du burnout en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic. [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/rapport\\_final\\_SPF\\_burnout.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/rapport_final_SPF_burnout.pdf)
- Ike ID, Durand-Hill M, Elmusharaf E, et al. (2021) NHS staff mental health status in the active phase of the COVID-19 era : a staff survey in a large London hospital. *General Psychiatry*. <http://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100368>
- Larousse, E. (s.d.) *Définitions : Stress - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 03 octobre 2021, à l'adresse [Définitions : stress - Dictionnaire de français Larousse](https://www.larousse.fr/dictionnaires/fran%C3%A7ais/stress)
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84, 809-820. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8409.0809>
- Le Guide Social (2021). Les études en soins infirmiers délaissées à cause du covid ? Guide Social. Consulté le 19/10/2021 à l'adresse: <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/les-etudes-en-soins-infirmiers-delaissees-a-cause-du-covid>
- LoGiudice et Bartos (2021). Experiences of Nurses During the COVID-19 Pandemic : A Mixed-Methods Study. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2021816>
- Manciaux, M. (2001). La résilience: Un regard qui fait vivre. *Études*, 395, 321-330. <https://doi.org/10.3917/etu.954.0321>

- Martial, P. (2021, 6 avril). *Le covid accentue les tensions du secteur des soins infirmiers*.  
<https://references.lesoir.be/article/le-covid-accentue-les-tensions-du-secteur-des-soins-infirmiers/>
- Miljeteig, I., Hufthammer, K., Schanche, E., Schaufel, M., Onarheim, K. (2021). Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. Volume 28, 66-81.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Santé mentale [en ligne]. octobre 2019. [mise à jour en 2021]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- P, Herpelinck., M, Laloux., D. Lecocq. (2016) Les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence en Belgique (SRLF et Lavoisier).
- Phoenix Australia – Center for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Center of Excellence – PTSD (2020) Moral Stress Amongst Healthcare Workers During COVID-19: A Guide to Moral Injury. Phoenix Australia – Center for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Center of Excellence – PTSD, ISBN online: 978-0-646-82024-8.  
<https://blessuremorale.ca/wp-content/uploads/2020/07/Guide-sur-les-pr%C3%A9judices-moraux.pdf>
- Servant, D. (2013). Les modèles des thérapies comportementales et cognitives du stress au travail. Le stress au travail (Elsevier Masson,p.17-27)
- Sciensano. (2020). Belgium COVID-19 Epidemiological Situation.  
<http://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab>
- Smith P, Bruyneel A. (2020) 7 infirmiers(e) sur 10 en Belgique francophone sont à risque de burnout. [Communiqué.pdf \(siznursing.be\)](#)

- Underner, M., Perriot, J., Peiffer, G., & Jaafari, N. (2021). COVID-19 et trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les professionnels de santé. *Revue des Maladies Respiratoires*, 38(2), 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.014>
- Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. (2020) *Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19* (No 335B) KCE Reports. <http://kce.fgov.be/fr/gestion-de-la-capacité-hospitalière-en-belgique-durant-la-première-vague-de-la-pandémie-de-Covid-19>
- Verbyst, C. (2022) 24 projets pour lutter contre le stress chronique du personnel soignant <https://www.kbs-frb.be/fr/24-projets-pour-lutter-contre-le-stress-chronique-du-personnel-soignant>
- Vindegaard, N., Eriksen Benros, M., (2020) COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence, *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

# Annexes

## I. Annexe 1 : Questionnaire sociodémographique

Date		Période	
Heure du début		Heure de fin	
Modalité de la rencontre		Lieu	
Thème du mémoire	<b>« <i>Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?</i> »</b>		
Master	Sciences de la Santé Publique UCL		
<p><i>Questionnaire à remplir en début d'entretien afin de récolter les données sociodémographiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Quel est votre genre ? Homme, femme, autre ?</li><li>• Quel âge avez-vous ?</li><li>• Êtes-vous spécialisés ? Quel est votre dernier diplôme obtenu ?</li><li>• Depuis combien de temps travaillez-vous ?</li><li>• Quel était votre temps de travail durant la première vague ?</li><li>• Avez-vous diminué/ augmenté votre temps de travail après la première vague ?</li></ul>			

## II. Annexe 2 : Guide d'entretien psychiatrie

Thème du mémoire :

**« Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ? »**

Public visé :

Infirmiers travaillant en psychiatrie ayant été démobilisés

Promoteurs : Nataly Filion et Gérald Deschietere

Étudiantes : Valentine Kahn et Salomé Mory

Études : Master en sciences de la Santé publique - UCL

Année : 2021-2022

Entretien :

- Présentation de l'enquête
- Présentation du contexte de l'étude et des modalités pratiques
- Présentation du thème du mémoire : **« Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ? »**
- Modalités pratiques :
  - Enregistrement de l'entretien pour pouvoir le retranscrire ensuite
  - Informer le répondant concernant la confidentialité de l'entretien
  - Signature du document de consentement libre et éclairé
  - Donner mes coordonnées pour que le répondant puisse me recontacter si besoin.
- Entretien
- Critères pour le choix des répondants :
  - Être infirmier en psychiatrie
  - Avoir travaillé durant la première vague de Covid-19
  - Avoir été démobilisé

Il va de soi que les personnes qui ne répondent pas à nos critères d'inclusion ne peuvent pas faire partie de l'étude.

- Description du profil des répondants
- Management
- Santé mentale
- Stratégies d'adaptation
- Conclusion

## Déroulement de l'entretien

« *Bonjour,*

*Je m'appelle Salomé Mory et je suis étudiante en deuxième année de master en science de la santé publique. Dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais vous interviewer sur votre ressenti en tant qu'infirmier par rapport à la pandémie du Covid-19 et plus particulièrement sur votre vécu lors de la première vague. L'entretien sera enregistré et retranscrit avec votre accord. Toutes les informations données lors de celui-ci resteront bien entendu confidentielles et seront anonymisées. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment et vous avez bien entendu le droit de refuser de répondre à une question. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je réalise mon mémoire en collaboration avec Valentine Kahn, nous serons donc deux étudiantes pour analyser les données de l'entretien.*

*Si vous avez des questions après l'entretien, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : valentine.kahn@student.uclouvain.be / salome.mory@student.uclouvain.be*

*Avant de commencer, avez-vous des questions pratiques concernant le déroulement de l'entretien ? Confirmez-vous votre participation à cet entretien ? Si oui, pouvez-vous signer ce document »*

**« Pouvez-vous décrire le contexte dans lequel vous avez travaillé lors de la première vague ? »**

- Relance : Avez-vous été démobilisé de votre service lors de la première vague ?

**« Comment vous a-t-on annoncé la démobilisation ? »**

**« Dans quel service avez-vous été démobilisé ? »**

- Relance : était-ce le même service durant toute la première vague ou avez-vous dû tourner dans différents services ?

**« Qu'est-ce qui, selon vous, a été le plus difficile lors de cette première vague ? »**

- Relance : Comment décririez-vous les difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

**« Comment avez-vous ressenti la gestion managériale durant la première vague ? »**

**« Vous êtes-vous senti soutenu par votre chef de service et par le chef de service de l'équipe dans laquelle vous avez été démobilisé ? »**

**« Vous- êtes-vous senti soutenu par votre chef de département et par la direction de l'hôpital ? »**

- Relance : Des dispositifs ont-ils été mis en place dans votre institution ? (Dispositifs : Psychologues, groupe de parole, ...)

**« Comment avez-vous été accueilli en tant qu’infirmier démobilisé ? »**

- Relance : Comment vous êtes-vous senti par rapport à ces nouveaux collègues ?

**« Avez-vous eu l’impression de sortir de votre champ de compétences ? »**

**« Quels étaient les facteurs stressants lors de votre travail durant la première vague ? »**

**« Avez-vous eu parfois l’impression d’être trop/ pas assez empathique par rapport au patient et sa famille ? Si oui, développez. »**

**« Comment vous sentiez-vous, lors de la première vague, d’un point de vue émotionnel ? »**

- Relance : Est-ce qu’à l’heure d’aujourd’hui, les émotions ressenties durant cette première vague ont des répercussions sur votre vie personnelle ou votre travail ?

**« Avez-vous ressenti un épuisement professionnel/ burn out/ autre de la part de vos collègues ? »**

**« Et vous ? »**

**« Durant cette première vague, avez-vous eu l’impression que vos consommations ont augmenté ? (Exemple : alcool, drogues, médicaments, jeux, boisson énergisante, café...) »**

- Relance : Avez-vous eu des comportements plus compulsifs ? Sport, cuisine, ... (Comportement adaptatif face à un stress)

**« Qu’auriez-vous eu besoin de plus durant cette période de travail ? »**

**« Qu’avez-vous mis en place afin de continuer à aimer/ venir travailler ? Relance : Quelles ont été vos stratégies d’adaptation ? »**

**« Qu’est-ce qui vous a permis de tenir le coup ? »**

- Relance : Quelles ont été vos motivations ?

**« Est-ce que selon vous, quelque chose a changé après cette première vague dans votre façon d’être et de travailler ? »**

**« Qu’est ce qui selon-vous aurait pu être amélioré lors de cette première vague par rapport au bien-être des infirmiers sur le terrain ? »**

**« Comment vous sentez-vous aujourd'hui, après cette première vague ? »**

**« Si vous deviez retenir un élément positif et un élément négatif de cette première vague, lesquels seraient-ils ? »**

**« Conclusion : Merci d'avoir répondu à mes questions. Avez-vous d'autres choses à ajouter ? Je vous enverrai la retranscription si vous le désirez. »**

### III. Annexe 3 : Guide d'entretien aux soins intensifs

Thème du mémoire : « *Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?* »

Public visé : Infirmiers travaillant dans un service de soins intensifs ayant accueilli du personnel démobilisé.

Promoteurs : Nataly Filion et Gérald Deschietere

Étudiantes : Valentine Kahn et Salomé Mory

Étude : Master en sciences de la Santé publique - UCL

Année : 2021-2022

- Présentation de l'enquêteur
- Présentation du contexte de l'étude et des modalités pratiques
- Présentation du thème du mémoire : « *Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?* »
- Modalités pratiques :
  - Enregistrement de l'entretien pour pouvoir le retranscrire ensuite
  - Informer le répondant concernant la confidentialité de l'entretien
  - Signature du document de consentement libre et éclairé
  - Donner mes coordonnées pour que le répondant puisse me recontacter si besoin.
- Entretien
- Critères d'inclusion pour le choix des répondants :
  - Être infirmier aux soins intensifs
  - Avoir travaillé durant la première vague de Covid-19
  - Avoir accueilli des infirmiers démobilisés
- Critères d'exclusion : Bien entendu, il est évident qu'une personne n'étant pas un infirmier ayant participé à la première vague, ne répondra pas aux critères...
- Description du profil des répondants
- Management
- Santé mentale
- Stratégies d'adaptation
- Conclusion

## Déroulement de l'entretien

« Bonjour,

*Je m'appelle Valentine Kahn et je suis étudiante en deuxième année de master en science de la santé publique. Dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais vous interviewer sur votre ressenti en tant qu'infirmier par rapport à la pandémie du Covid-19 et plus particulièrement sur votre vécu lors de la première vague. L'entretien sera enregistré et retranscrit avec votre accord. Toutes les informations données lors de celui-ci resteront bien entendu confidentielles et seront anonymisées. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment et vous avez bien entendu le droit de refuser de répondre à une question. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je réalise mon mémoire en collaboration avec Salomé Mory et nous serons donc deux étudiantes pour récolter les données en fin d'entretien.*

*Si vous avez des questions après l'entretien, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : [valentine.kahn@student.uclouvain.be](mailto:valentine.kahn@student.uclouvain.be) / [salome.mory@student.uclouvain.be](mailto:salome.mory@student.uclouvain.be)*

*Avant de commencer, avez-vous des questions pratiques concernant le déroulement de l'entretien ? Confirmez-vous votre participation à cet entretien ? Si oui, pouvez-vous signer ce document ? »*

**« Pouvez-vous décrire le contexte dans lequel vous avez travaillé lors de la première vague ? »**

- Relance : Des infirmiers d'autres services ont-ils été démobilisés dans le vôtre ?

**« Comment vous a-t-on annoncé la démobilisation de ces infirmiers ? »**

**« De quels services venaient les infirmiers ayant travaillé chez vous ? »**

- Relance : étaient-ce les mêmes infirmiers durant toute la première vague ou y a-t-il eu un turn over ?

**« Qu'est-ce qui, selon vous, a été le plus difficile lors de cette première vague ? »**

- Relance : Comment décririez-vous les difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

**« Comment avez-vous ressenti la gestion managériale durant la première vague ? »**

**« Vous êtes-vous senti soutenu par votre chef de service ? »**

**« Vous êtes-vous senti soutenu par votre chef de département et par la direction de l'hôpital ? »**

- Relance : Des dispositifs ont-ils été mis en place dans votre institution ? (Dispositifs : Psychologues, groupe de parole, etc.)

**« Comment avez-vous accueilli les infirmiers qui venaient vous aider dans votre service ? »**

- Relance : Comment vous êtes-vous senti par rapport à ces nouveaux collègues, avez-vous eu l'impression qu'ils étaient bien intégrés ?

**« Avez-vous eu l'impression de sortir de votre champ de compétences ? »**

**« Quels étaient les facteurs stressants lors de votre travail durant la première vague ? »**

**« Avez-vous eu parfois l'impression d'être trop/ pas assez empathique par rapport au patient et sa famille ? Si oui, développez. »**

**« Comment vous sentiez-vous, lors de la première vague, d'un point de vue émotionnel ? »**

- Relance : Est-ce qu'à l'heure d'aujourd'hui, les émotions ressenties durant cette première vague ont des répercussions sur votre vie personnelle ou votre travail ?

**« Avez-vous ressenti un épuisement professionnel/ burn out/ autre de la part de vos collègues ? »**

**« Et vous ? »**

**« Durant cette première vague, avez-vous eu l'impression que vos consommations ont augmenté ? (Exemple : alcool, drogues, médicaments, jeux...) ? »**

- Relance : Avez-vous eu l'impression de développer certains comportements compulsifs ?

**« Qu'auriez-vous eu besoin de plus durant cette période de travail ? »**

**« Qu'avez-vous mis en place afin de continuer à aimer/ venir travailler ? »**

- Relance : Quelles ont été vos stratégies d'adaptation ?

**« Qu'est-ce qui vous a permis de tenir le coup ? »**

- Relance : Quelles ont été vos motivations ?

**« Est-ce que selon vous, quelque chose a changé après cette première vague dans votre façon d'être et de travailler ? »**

- Relance : à quoi est-ce que vous tenez le plus dans votre travail ?

**« Qu'est ce qui selon-vous aurait pu être amélioré lors de cette première vague par rapport au bien-être des infirmiers sur le terrain ? »**

**« Comment vous sentez-vous aujourd'hui, après cette première vague ? »**

**« Si vous deviez retenir un élément positif et un élément négatif de cette première vague, lesquels seraient-ils ? »**

**« Conclusion : *Merci d'avoir répondu à mes questions. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?***

***Je vous enverrai la retranscription si vous le désirez. »***

## IV. Annexe 4 : Formulaire de consentement

### Formulaire de consentement libre et éclairé

- 1) Titre du mémoire
  - « *Quel est le vécu des infirmiers démobilisés et de ceux les ayant reçus lors de la première vague de Covid-19 ; quelles sont les répercussions sur leur santé mentale et quelles pistes d'amélioration pourraient être proposées ?* »
- 2) Contact
  - Valentine Kahn ([valentine.kahn@student.uclouvain.be](mailto:valentine.kahn@student.uclouvain.be))
  - Salomé Mory ([salome.mory@student.uclouvain.be](mailto:salome.mory@student.uclouvain.be))
- 3) Informations
  - L'entretien sera retranscrit dans son intégralité de façon confidentielle
  - Les données seront anonymisées
  - L'analyse des données sera réalisée par Valentine Kahn et Salomé Mory
  - Les résultats seront utilisés dans le cadre d'un mémoire en Sciences de la Santé Publique

Je soussigné(e) (Nom + Prénom) ..... accepte de participer à cet entretien et donne mon consentement pour l'enregistrement et la retranscription de celui-ci dans son intégralité.

