

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

Surcharge et transformation du travail à l'hôpital au temps de Covid-19

Auteur : NSIMBA VITIKA Jules
Promoteur : Pr. DE NANTEUIL Matthieu
Lecteur : Pr. MAUCQ Serge
Année académique 2022-2023
Master en gestion des ressources humaines

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	III
AVANT-PROPOS.....	IV
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CONTEXTE PROBLEMATIQUE	1
CHAPITRE II : PERSPECTIVES DE RECHERCHE	6
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE : UNE ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES ACTEURS HOSPITALIERS DE BRUXELLES ET WALLONIE	8
III.1. De l'entretien à l'échantillon	8
III.2. Déroulement de l'entretien.....	9
III.3. Difficultés rencontrées	9
CHAPITRE IV : STRUCTURATION DU MEMOIRE.....	11
DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE	12
Chapitre I : CONDITIONS DE TRAVAIL.....	12
I.1. Définitions de quelques concepts	12
I.2. Absentéisme du personnel soignant.....	15
I. 3. Les conditions de travail des personnels soignants	16
Chapitre II DE LA SURCHARGE A LA TRANSFORMATION DE TRAVAIL.....	23
CHAPITRE III : RELATION SOIGNANT ET SOIGNE	28
III.1. Définition du concept de relation	28
III.2. Difficulté relationnelle entre soignant-soigné.....	32
CHAPITRE IV : ORGANISATION HOSPITALIERE	34
IV.1. Concept de l'hôpital	34
IV. 2. Coordination et communication	37
IV.3 Organisation de l'hôpital en temps de crise	39
CHAPITRE V. L'HOPITAL AU TEMPS DE COVID-19 : UN ENJEU DE GESTION DE RESSOURCES HUMAINES.....	44
V.1 Impact de la crise sanitaire sur la transformation à l'hôpital	44
V.2. L'enjeu de la gestion des ressources humaines face à la crise sanitaire du Covid-19	46
TROISIEME PARTIE : LE MONDE HOSPITALIER EN CRISE : INTERPRETATION DES RESULTATS ISSUS DES ENQUETES SUR TERRAIN	50
CHAPITRE I : ENTRE PRESSION DU METIER ET SURCHARGE : ANALYSE DES ENTRETIENS	50
Thématique 1 : la peur à l'hôpital en temps de Covid-19	63
Thématique 2 : La communication à l'hôpital en temps de Covid-19.....	64
Thématique 3 : La reconnaissance à l'hôpital en temps de Covid-19.....	64
Thématique 4 : La surcharge de travail à l'hôpital en temps de Covid-19.....	65
Thématique 5 : La transformation à l'hôpital en temps de Covid-19	66

Thématique 6 : L'incompréhension à l'hôpital en temps de Covid-19	66
CHAPITRE II : HOPITAL SOUS PRESSION : RESULTATS DES ENTRETIENS	67
Thématique 1 : Organisation du travail et crise sanitaire du Covid-19.....	67
Thématique 2 : Relation intra-hospitalière	68
Thématique 3 : L'enjeu GRH face à la crise	69
CHAPITRE III : DISCUSSION ET LIMITES DE TRAVAIL.....	72
III.1. Discussion	72
III.2. Limites de recherche	74
III.3. Perspectives.....	75
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES.....	87

LISTE DES ABREVIATIONS

AS : Aide – Soignant (e).

ASPRH : Association Sénégalais des Professionnels des Ressources Humaines.

CHU: Centre Hospitalier Universitaire.

COVID-19 : Coronavirus -19.

HAS: Haute Autorité de Santé.

GRH: Gestion des Ressources Humaines.

INF: Infirmier (ère).

M: Médecin.

OMS: Organisation Mondiale de la Santé.

P: Patient (e).

PUH: Plan d’Urgence Hospitalier.

RH: Ressources Humaines.

RRH : Responsable des ressources humaines.

TIC: Technologies de l’Information et de la Communication.

AVANT-PROPOS

Notre parcours de plusieurs années de master arrive à son terme. Ce qui fait qu'il soit appuyé par la réalisation d'un mémoire, fruit de notre recherche entant qu'étudiant de passage dans ce cycle précité.

De ce fait, la rédaction de ce mémoire était sous l'œil bienveillant d'un promoteur qui nous faisant foi d'une confiance inestimable, grâce à ses conseils assagis à notre égard. C'est pourquoi, nous tenons à réserver la primeur de notre reconnaissance et remerciement à son égard. Sincèrement grand merci Monsieur **DE NANTEUIL Matthieu**, pour votre attention soutenue, et veuillez trouver l'expression de notre gratitude pour votre disponibilité, accompagnement malgré vos multiples tâches. Votre pédagogie de travail a permis l'aboutissement de ce travail qui, au début nous semblait être flou.

Sans faire un panégyrique de qui que ce soit; il importe de rendre hommage aux personnes qui nous ont encouragé et soutenu voire ont marqué de leur empreinte bienveillante tout au long de notre cheminement académique. De loin ou de près, trouvez l'expression de notre gratitude.

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : CONTEXTE PROBLEMATIQUE

La crise inopinée à la pandémie du coronavirus 19 s'est propagée à une vitesse surprenante à tel point que beaucoup de secteurs de travail ont été obligés de basculer dans le travail à distance. A l'inverse du monde hospitalier fut contraint de travailler en présentiel. Par ailleurs, l'hôpital et son personnel ont vu pendant cette période le volume de travail augmenter encore davantage avec l'arrivée en nombre de patients supplémentaires que l'hôpital était obligé d'accueillir régulièrement en son sein. Cette crise à l'échelle mondiale apparaît dans l'environnement de façon brusque et inattendue puisque la crise du Covid-19 a été à la fois soudaine, brutale et d'une durée exceptionnelle, soumettant le système hospitalier à une tension très forte et inédite (Dumez & Minvielle, 2020). C'est une crise définie comme une situation qui menace les priorités de l'organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant de forts stress (Roux-Dufort, 2000).

Force est de constater que cette crise sanitaire du coronavirus 19 a plongé le monde dans une incertitude n'épargnant pas les personnels soignants et entraînant de gros changements dans le milieu hospitalier qui doit faire face à ce bouleversement. Les personnels soignants étaient particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel. Parmi les facteurs relevés, nous retrouvons des conditions de travail difficiles avec impératifs de rentabilité, une ambiance de travail parfois lourde, une organisation des activités défaillante, l'absentéisme de plus en plus remarqué des collègues, des horaires variables déstabilisant l'équilibre entre vie familiale et professionnelle, l'impact émotionnel d'être confronté fréquemment à la souffrance et à la mort. Comme le soulignent Combaudon & Fouré-Joopen, (2020), l'hôpital qui, au lieu de suivre son quotidien normal devait s'adapter entraînant beaucoup de modifications pour les personnels soignants qui travaillent intensément jour et nuit avec un volume de travail de plus en plus lourd. Dans l'urgence, les Ressources Humaines (RH en sigle) devaient assurer la continuité des activités dans un nouveau cadre réglementaire, une nouvelle organisation de travail alors que le secteur se sentait impuissant face à cette augmentation de travail, et les soignants ayant initialement choisi les métiers pour donner des soins adaptés se trouvaient exposés aux exigences réelles les empêchant de réaliser ces vocations dans un environnement moins favorable. Les personnels soignants dont le travail et l'horaire augmentent de plus en plus se sentent débordés face à cette situation exceptionnelle. Cet acharnement au travail ne permet pas à tous les personnels soignants de s'adapter à travailler à ces pressions élevées, ce qui entraîne l'absentéisme au travail; l'absentéisme qui est le signe d'un désengagement au travail et donc

la manifestation de profondes remises en question du sens au travail et d'une dégradation des facteurs de satisfaction au travail ; l'absentéisme croît avec la hausse des contraintes et impacte la charge de travail et dégrade l'implication au travail (Kletz et al., 2014; Routelous, 2018). Face à ces contraintes prononcées, les risques psychosociaux deviennent fréquents entre autres le burnout. Cela peut avoir des conséquences significatives sur la qualité des soins et la prise en charge des patients. Pourquoi ? Puisque cela favorise un désengagement presque total, voire une perte de sens du travail.

Le défi de l'absentéisme auquel l'hôpital est confronté devient une conséquence majeure voire l'inquiétude majeure concernant l'organisation du travail dont le volume augmente. La charge de travail qui « représente la quantité de travail physique et mental qu'un travailleur peut accomplir sans mettre en danger sa santé et sa sécurité, ainsi que celle des autres, tout en demeurant efficace », (Jourdan & Theureau, 2002, cités par Moctar, 2020), vient encore amplifier les difficultés qui touchent le secteur de l'hôpital qui fait face à la pénurie de main-d'œuvre en son sein. Ce qui occasionne le manque de temps dans le chef de personnels soignants pour la réalisation d'un travail de qualité, le personnel devait continuer à répondre à des objectifs de qualité de soins pour les patients, mais aussi d'efficacité pour l'établissement (Desrumaux et al. 2016). Pourtant l'absentéisme remarqué n'empêche pas les personnels présents d'ajuster leur temps du travail compte tenu des réductions d'effectifs. Exténués par manque de personnel, les personnels présents doivent exercer les tâches sous une pression extrême au-delà de manque de temps qui ne permet pas à bon nombre de soignants d'exercer leur métier paisiblement et de consacrer aux patients le temps nécessaire pour une prise en charge de qualité. De plus, les soignants doivent rester debout, la position debout prolongée, le port de charges lourdes, la réalisation de mouvements douloureux et fatigants ainsi que les déplacements fréquents et longs (Benallhah & Domin, 2017) augmentent la charge de travail avec une difficulté de se concentrer sur une tâche particulière.

Alors que ces personnes qui se tiennent en première ligne depuis le début de la pandémie de Covid-19 ne cessent de déplorer le sentiment d'insécurité qui règne dans leur environnement de travail. Ainsi se pose la question de l'intensité et le temps de travail ainsi que de l'exigence émotionnelle, très forte dans les métiers du soin (Fuchs et al., 2018) qui a un impact sur leur propre santé mentale à la suite de la surcharge de travail subie quotidiennement. Très souvent citée par les soignants, la surcharge de travail est décrite principalement par une quantité de travail et des horaires excessifs, des interruptions fréquentes et des délais et objectifs irréalistes (Colombat, 2020).

Avec toutes ces contraintes, le rythme de travail s'intensifie et force les personnels soignants à suivre ce rythme, ils doivent mobiliser toutes leurs ressources pour accomplir leur tâche vu la réalité et les exigences du terrain, mais sans ignorer l'impact sur la perception qu'ont les personnels de leur travail, sur les stratégies qu'ils sont en mesure de développer pour rendre leur travail soutenable et, de ce fait, leur santé qui doit subir les contraintes des rythmes de travail et du nombre d'opérations qu'il faut mener (Benallhah & Domin, 2017). De surcroît, les hôpitaux peinent à réorganiser les services pour assurer la mise à disposition des éléments appropriés capables de renforcer des effectifs les soins de santé. Or, le fait que les personnels soignants soient en contact avec les patients atteints de Covid-19 augmente leur crainte de mieux exercer leur métier et de déployer une meilleure prise en charge, vu qu'elle requiert la contribution de multiples corps de métier : le corps médical, les personnels soignants, administratifs et gestionnaires (Fièr, D. et al. 2011). C'est bien pourquoi, il y a des questions à se poser sur l'impréparation des milieux hospitaliers face à cette crise sanitaire qui a surpris ces milieux qui essayaient déjà de grandes difficultés. Le manque d'attractivité des métiers des personnels soignants qui déplorent de leur côté le manque de reconnaissance ou le manque de qualité de vie au travail. L'insatisfaction des patients pousse aux violences envers les personnels soignants. Confrontés à un afflux important de patients, obligés de rester au front dans des conditions de travail rendant difficile la conciliation de la vie privée et professionnelle, alors que la direction semble loin d'être en mesure de protéger et de sécuriser les personnels soignants contre les risques psychosociaux dans cet environnement marqué par l'incertitude. De ce fait, à la démotivation manifeste, se joint le sentiment de non-reconnaissance au travail. Le sentiment de non-reconnaissance naît de l'impression des soignants de n'avoir pas reçu autant en retour que ce qu'il a donné dans son activité (Poncelet, 2011), partant des effets de surcharge de travail que la crise a engendrés.

Dans ce contexte il y a lieu de penser que le département des RH avait sous-estimé la surcharge de travail et n'a pas offert aux travailleurs les conditions de travail nécessaires pour faire face à cette crise. S'ajoute l'incompréhension se manifestant en souffrance pour les personnels qui se sentent dévalorisés, coincés, voire en manque de considération de la part de la direction. Car, malgré la crise du Covid-19, la direction des ressources humaines prône souvent que le travail tire sa signification du mot souffrance, c'est-à-dire qu'on ne pourrait pas travailler, être sérieux, sans souffrir (Frimousse & Peretti, 2020). Mais nous pouvons souligner que l'héroïsme des personnels soignants cache leur souffrance au travail, générée par le décalage entre l'organisation prescrite, les ordres, les consignes, les objectifs et l'organisation

effective du travail (Dejours, 2018) y compris la qualité de vie au travail qui se voit remise en cause par le mal-être des soignants dû à la carence d'une politique de soutien de la direction malgré des efforts déployés. La surcharge de travail des soignants qui est déplorée provoque un manque de sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement à travers l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilité, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué (Fuchs et al. 2018).

Une crise, paroxysme d'incertitude et d'angoisse où tout est en suspens (Kurschat, 2020) et dans ce cas la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid19, déstabilise le système hospitalier qui, surpris par cet événement de crise inattendue, qui ne prend pas la forme des crises que le système hospitalier a dû affronter dans la période antérieure (Dumez & Minvielle, 2020) affecte les personnels soignants déjà dans une situation de mal-être due à la surcharge de travail. Avec les politiques RH sous-estimant ces questions de surcharge, les personnels soignants ne peuvent plus supporter la charge mentale et physique provoquée par la complexité des tâches allouées, et cela entraîne un épuisement professionnel avec souffrance physique et psychique, violence au travail, stress, angoisse, anxiété, burnout, phobies, accoutumances (Zawieja & Guarnieri, 2014). La non - protection de la sécurité sanitaire de travailleurs reflète, dans les politiques RH, une diminution du sens du travail dans le chef de ces travailleurs. Insatisfaits, désemparés, obligés de faire face aux risques psychosociaux, ils subissent le stress, l'épuisement professionnel ainsi que le burnout.

La fragilité des personnels soignants s'est révélée au grand jour par cette crise sanitaire du Covid-19 qui nous montre que le poids cumulatif de charges de travail que ne peuvent plus supporter ces personnels soignants malgré leur implication profonde dans la volonté de remplir leur tâche. En conséquence, le métier n'attire plus et pousse certains soignants à embrasser d'autres métiers. Le manque d'attractivité demande beaucoup d'engagement surtout avec cette menace qui plane encore au tour de la non - éradication totale de la pandémie du Covid-19. Alors que le monde hospitalier traversait déjà des moments difficiles liés à la pénurie de personnel infirmier, la crise du Covid-19 n'a fait qu'amplifier la situation.

Comme nous avons pu le constater par les médias, la crise sanitaire de Covid-19 a eu des conséquences sur le système de l'hôpital avec la surcharge et la transformation du travail que cela a entraîné dans tous les services, au niveau des ressources humaines qui devraient s'adapter au contexte, pour accompagner les changements qui ont eu lieu, ou impacté les relations des personnels soignants également face aux patients. Car bien que le monde fût confiné et le travail

basculé en mode virtuel, les organisations de santé étaient restées en présentiel et ont tout assuré de la continuité des soins et mené la conduite des changements. Dès lors, étant donné que le quotidien de ces professionnels au temps du Covid-19 a été bouleversé, il y a maintenant lieu de se poser une question principale. Notre question est de ce point de vue la suivante: « **comment les services RH ont-ils ou non relevé le défi de la surcharge et de la transformation du travail dans le milieu hospitalier au temps de la crise du Covid-19 ?** »

Cela étant, nous sommes conduit maintenant à une perspective de recherche pour découvrir et comprendre si les RH ont sous-estimé les questions de surcharge et de transformation du travail ainsi que les mécanismes à mettre en place pour soutenir les personnels soignants par rapport à leurs conditions de travail en vue de faire face à la crise et surtout en vue d'administrer des soins de qualité et d'offrir la qualité de travail à l'hôpital.

CHAPITRE II : PERSPECTIVES DE RECHERCHE

La revue de littérature nous a donné l'occasion de consulter quelques travaux parmi ceux qui ont été réalisés antérieurement sur le sujet de notre recherche.

Ainsi, Nguyen (2021), pense de faire de la santé psychologique et de la qualité de vie au travail un axe stratégique de l'organisation qui développera une culture de vigilance. Par ailleurs, pour Fuchs et al. (2018), l'intensité et le temps de travail ainsi que l'exigence émotionnelle, très forte dans les métiers du soin, ait un impact sur leur propre santé mentale à la suite de surcharge de travail. Et très souvent citée par les soignants, la surcharge de travail est décrite principalement par une quantité de travail et des horaires excessifs, des interruptions fréquentes et des délais et objectifs irréalistes (Colombat, 2020). Ce qui fait que les valeurs de bienveillance, d'empathie, de considération, de reconnaissance, et de déstigmatisation de la souffrance des soignants, restent malgré la médiatisation récente un sujet tabou, indicible (Robin, 2020).

En outre, Nobre (2020) nous fait voir que la crise du Covid-19 a mis en exergue des difficultés inhérentes aux lourdeurs administratives, à la pénurie et a aussi montré à quel point l'homme est en mesure de s'adapter. Il ajoute qu'il faut maintenant poursuivre les actions engagées pour la reconnaissance des soignants, et que la gestion de crise aura été l'occasion de démontrer la réactivité et l'adaptabilité pour transformer les établissements et les organiser au mieux en assurant la sécurité des soignants et patients ; accompagner les soignants et les soutenir dans leur organisation quotidienne, mise à mal par les nouvelles organisations mises en place. Tous ces travaux consultés avec tant d'autres, serviront de contribution pour ce travail, et nous reconnaissons que l'apport de nos prédécesseurs constitue un appui non négligeable pour mettre les éléments importants en rapport à notre sujet de recherche.

Dans cette perspective de recherche, le but est de comprendre les effets de Covid-19 sur l'évolution du travail, en particulier sur l'évolution de la relation soignants - patients à l'hôpital. En même temps, il sera question de connaître les différentes transformations qui se sont opérées pendant cette période difficile de la crise sanitaire au sein de l'hôpital afin de promouvoir l'intelligence collective tout en garantissant les soins de qualité et la sécurité de tous pendant le confinement.

Nous allons analyser ce qui a été mis en place par l'institution pour accompagner le changement lié au Covid-19 dans certains secteurs hospitaliers. Pour ce faire, nous allons chercher à comprendre :

- ✓ Le type de management utilisé pour l'accompagnement du personnel ;
- ✓ Les méthodes appliquées pour garantir la communication avec l'ensemble de l'organisation ;
- ✓ Les relations intra-hospitalières pendant la période de Covid-19 afin d'identifier les changements éventuels par rapport à celles qui y existaient avant la crise du Covid-19.

Pour poursuivre notre recherche, nous allons nous avancer avec une méthodologique précise.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE : UNE ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES ACTEURS HOSPITALIERS DE BRUXELLES ET WALLONIE

De prime abord, nous retiendrons qu'une méthode de recherche est une mise en forme particulière d'une démarche ; une méthode est donc liée à une démarche particulière (Depelteau, 2000). Ainsi, pour être objectif dans la réalisation de ce travail, il est pertinent de recourir à la démarche qualitative qui va nous permettre de décrire, analyser voire comparer différents points qui ressortent de notre littérature et en s'appuyant sur des entretiens semi-directs individuels. Car, la méthode qualitative s'efforce d'analyser les acteurs ou agents comme ils agissent, et elle s'appuie sur leurs discours, leurs intentions, leurs actions et interactions (Dumez, 2021). L'approche qualitative va, également nous aider à répondre à notre question de problématique posée et aux perspectives de recherche.

Toujours avec la méthode qualitative, nous procéderons aux entretiens semi-directs qui nous permettront de collecter des données sur le terrain ainsi qu'une grande quantité d'informations auprès de personnes-cibles à interviewer, moyennant d'un guide d'entretien.

III.1. De l'entretien à l'échantillon

Pour Van Campenhoudt et al. 2017, les méthodes d'entretien impliquent des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Elles se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs; d'où notre choix des entretiens semi-directifs. La spécificité des entretiens semi-directifs est de cibler au minimum les propos des personnes, en utilisant des questions ouvertes en vue de récolter leur perception personnelle (Quivy & Van Campenhoudt, 2011).

Nous avons décidé de mener ces entretiens semi-directifs auprès de la population travaillant (tous) dans le secteur hospitalier et nous avons aussi estimé intéressant de mener quelques entretiens auprès de patients ayant souffert de la maladie du Covid-19. Ce faisant, l'échantillon pour réaliser ces entretiens est constitué d'un échantillon représentatif de 20 personnes interviewées avec divers profils de personnels soignant comme personnel des ressources humaines, médecin, infirmiers ou infirmières, aides-soignantes ainsi que les malades de Covid-19 de l'époque. Cependant, plusieurs contacts avaient été pris dans les hôpitaux de la Wallonie et Bruxelles par l'envoi de mail ou de lettre recommandée pour demander l'éventuel entretien avec les acteurs hospitaliers. Nous avons à cet effet envoyé notre demande d'entretien à l'hôpital : CHU Mont Godine, Cliniques Saint Luc Bouge/ Namur, Cliniques Saint Pierre

Ottignies, Cliniques universitaires Saint Luc de Bruxelles, CHU Tivoli, Clinique Saint Jean de Bruxelles, CHU Brugmann à Bruxelles, CHU Saint Pierre de Bruxelles...

III.2. Déroulement de l'entretien

Le déroulement de ces entretiens a eu lieu entre mi-juillet et octobre 2022. En amont un mail a été envoyé au département des RH de différents hôpitaux de Wallonie et Bruxelles. Chacun de ces entretiens d'une durée entre trente minutes et une heure a été réalisé en présentiel ou à distance via application Teams voire application WhatsApp, en vue de respecter les restrictions sanitaires mises en place dans les milieux hospitaliers ou compte tenu de la disponibilité de la personne interviewée. Et vu le caractère de notre étude, nous avons mené cette recherche en ciblant quelques services tels que : service de réanimation, service des urgences, soins intensifs ou encore gériatrie voire service pneumologie dans un des hôpitaux de Wallonie ou Bruxelles.

Pour mieux mener notre collecte des données, nous avons utilisé un guide de questionnaire sur les personnes interviewées ; ces personnes avaient une tranche d'âge allant entre 20 et plus de 65 ans. Nous garantissons de respecter non seulement l'anonymat mais aussi de n'utiliser les données collectées que pour les fins de ce mémoire. Pour ce faire, nous avons utilisé des personnes avec le nom d'emprunt en le codifiant.

III.3. Difficultés rencontrées

La réalisation de ce travail n'a pas été chose simple. Car nous avons rencontré beaucoup d'obstacles qui ont fait que ce travail soit présenté cette année alors qu'il devrait être rendu l'année dernière. La plus grande difficulté était celle de trouver le lieu d'enquêtes sur terrain car après avoir envoyé plusieurs demandes (au moins dix demandes) dans les hôpitaux de la Wallonie et Bruxelles depuis février jusqu'à avril 2022, nous n'en avons reçu que de réponses négatives à nos demandes pour un hôpital et pour les autres sans réponse jusqu'à ce jour. A cela, il faut ajouter que le contexte souhaité de mener nos entretiens en mode présentiel n'était pas autorisé. Qu'à cela ne tienne, nous avons proposé d'autres options pour réaliser ces entretiens à distance, mais là encore nous avons essuyé le même refus.

Nous croyions avoir trouvé un sauvetage avec l'hôpital Brugmann de Bruxelles avec le comité d'éthique qui avait accepté et donné son feu vert à notre demande vers le mois de mai 2022 après deux mois d'étude de notre protocole de recherche. Mais hélas, nous avons buté devant un obstacle dans le chef des acteurs du terrain qui avaient refusé catégoriquement de

nous faciliter l'accès dans leurs services respectifs, en dépit de l'accord donné par le comité d'éthique. Grâce cependant à la guidance de notre promoteur, nous avons contourné cette difficulté. Ce qui nous a conduit à trouver d'une part quelques personnes travaillant dans les milieux hospitaliers de façon indépendante sans être liées à leur organisation respective ; ce sont elles qui avaient constitué notre échantillon sur la population d'enquête, et les personnes ayant souffert du Covid-19. D'autre part, ces personnes souffrantes du Covid-19, non seulement n'étaient faciles à trouver, mais encore accepter notre démarche n'était pas chose facile pour elles. Bref, nous avons rencontré de nombreux facteurs qui ont fait que nous ayons de difficultés sur le terrain. De plus, nous sortions de période post confinement où nos personnes interrogées jouaient à la prudence pour une quelconque rencontre. Pour y arriver nous avons cédé à plusieurs caprices pour "arracher" ces entrevues.

CHAPITRE IV : STRUCTURATION DU MEMOIRE

Eu égard de ce qui précède, nous optons maintenant à ce niveau de structurer notre travail en trois parties. Dans un premier temps, une introduction s'avère importante pour faire allusion au contexte problématique, en passant par la perspective de recherche ainsi que sa méthodologie pour aboutir au quatrième chapitre consacré à la structuration du mémoire : plan du travail.

La deuxième partie sera consacrée au cadre théorique. Nous allons ici définir les concepts de conditions de travail en premier chapitre; le deuxième chapitre parlera de la surcharge et la transformation du travail. Le troisième chapitre sera consacré à la relation entre soignant- soigné pour mesurer la teneur de la vibration entre les deux. Le quatrième chapitre sera consacré à l'organisation de l'hôpital et le dernier chapitre parlera de l'hôpital au temps de Covid-19 : un enjeu de gestion des ressources humaines.

Dans la troisième partie, il sera question du monde hospitalier en crise : analyse et interprétation des résultats issus des enquêtes sur terrain. Par-là, nous allons analyser par les données collectées en lien avec notre littérature la pression du métier et la surcharge de travail de personnels soignants ainsi que l'interprétation des résultats des enquêtes de l'hôpital sous pression. Avant de tirer une conclusion générale de notre présent travail, une discussion et limites de notre recherche en passant par perspectives d'avenir.

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE

Dans la rédaction de ce mémoire, nous avons souhaité commencer par un cadre théorique. Celui-ci s'échelonne sur trois axes dans le cheminement de notre recherche. Nous aborderons les conditions physiques de travail face à la surcharge et à la transformation, ensuite nous parlerons de la question relationnelle entre soignant et soigné. Et, enfin, de l'organisation hospitalière. D'autres concepts théoriques ayant trait à notre recherche et qui permettent de contribuer à l'évolution de notre mémoire feront l'objet de notre attention.

Chapitre I : CONDITIONS DE TRAVAIL

I.1. Définitions de quelques concepts

Aborder ce point nous pousse à comprendre que les conditions de travail font l'objet d'une préoccupation capitale. Déjà bien avant la crise sanitaire du Covid-19 et bien que cette dernière soit venue encore davantage soulever cette question, la question de la surcharge était posée avec acuité. Nous tenterons de définir cette notion et ses composantes.

La notion de « conditions de travail » renvoie à l'environnement dans lequel vivent les travailleurs sur leur lieu de travail. Elle intègre la notion de pénibilité et de risques encourus dans l'exercice du travail (www.has-sante.fr). Ces conditions de travail désignent d'une manière générale l'environnement dans lequel les professionnels vivent sur le lieu de travail : environnements matériel, physique, relationnel, social, organisationnel... (Lucas, 2014).

Disons que l'environnement sain ou malsain détermine les conditions de travail qui englobent les conditions de travail physique de l'activité qu'exercent les individus. En effet, les mauvaises conditions de travail peuvent s'ajouter à cette difficile gestion des émotions qui accentuent les difficultés ressenties par les salariés (www.has-sante.fr). Pour la psychologie du travail, les conditions de travail « l'ensemble des facteurs déterminant la conduite du travailleur » dans un environnement qui est le plus privilégié (Lhuillier et al., 2010). De même, les conditions physiques de travail sont souvent difficiles, caractérisées par le manque de temps où les individus seraient exposés passivement à « la psycho-dynamique du travail établi par le risque, voire la pénibilité sous certaines conditions prenant place dans la construction de santé mentale au travail » (www.has-sante.fr ; Dakhlaou, 2011).

En 2016, différentes études statistiques de la Haute Autorité de Santé française ont mis en exergue plusieurs types de contraintes liées aux conditions de travail telles que : les contraintes horaires, le rythme de travail, les contraintes physiques, la charge mentale et la charge émotionnelle. Léonard (2009) ajoute que les mauvaises conditions de travail et la

pénurie du personnel soignant génèrent des situations inacceptables et influencent directement les qualités de soin. D'autres travaux considèrent que les conditions de travail participent d'un choix d'investissement en capital santé (Pollack & Ricroch, 2016). A cela, il faut ajouter le facteur absentéisme qui vient encore peser sur la liste des conditions de travail qui participe.

❖ Contraintes horaires

Les conditions de travail des soignants sont avant tout marquées par l'importance des horaires atypiques (travail de nuit, week-ends et jours fériés). Selon l'enquête « condition de travail » de la DARES réalisée en 2013, 70 % des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi ; ils sont 64 % le dimanche et 33 % la nuit. Il s'agit principalement des personnels soignants : médecins, infirmiers et aides – soignants (www.has-sante.fr).

❖ Le rythme de travail

Un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus. Vendramin (2007), constate que la pression sur le rythme de travail est source d'insatisfaction, de tensions et de contre – performances.

❖ Les contraintes physiques

Les efforts physiques comme ceux de porter des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux et fatigants, rester debout la plupart du temps, caractérisent le travail des soignants. Les efforts physiques caractérisent les conditions physiques de travail peuvent être fortement déterminées par le contenu concret du métier, mais également par le secteur dans lequel la personne exerce ce métier (Klein & Long, 2013), ont été en augmentation chez tous les soignants et tout particulièrement pour les aides – soignants et agents de service hospitaliers. L'enquête faite sur les conditions de travail montre que les conditions physiques de travail peuvent être distinguées en trois catégories :

- ✓ Les contraintes physiques qui sont liées aux conditions ergonomiques de travail (mouvements douloureux ou fatigants, manutentions de charges lourdes, vibrations ou secousses, position debout, ou autres postures fatigantes, fréquents déplacements à pied) ;
- ✓ Les nuisances qui sont liées à l'environnement physique de travail (chaleur, froid, saleté, humidité, mauvaises odeurs, absence ou mauvais état des sanitaires) ;
- ✓ Les risques professionnels qui sont liés à des expositions dangereuses (fumées et poussières, produits toxiques, infections, accidents, risque d'accidents de la circulation).

❖ La charge mentale :

C'est l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle, efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissement de tâches de traitement d'informations, mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestions avec les collègues (www.officielprevention.com)

Une charge mentale importante dans les conditions de travail de soignants, est d'appliquer strictement les consignes. Elle est aussi favorisée par l'insuffisance ou le non-respect des ratios de personnels fixés par les tutelles, aggravée par les absences non remplacées. Tâche écrasante, épuisante, et par-dessus tout inachevée (Colombat, 2020)

❖ La charge émotionnelle :

C'est ce qui se caractérise par un relationnel fort mais pour lequel la valorisation est faible en termes de compétence et de qualifications, les soignants doivent adapter leurs pratiques pour garder une « bonne distance » avec le patient et avec leur travail. Cela correspond aussi à un passé douloureux qui ralentit le physique.

❖ Absentéisme :

L'absentéisme qui nous intéresse fait allusion à l'absence au travail que définissent Danos & Garcia-Gil, (2018), comme « le temps non travaillé qui aurait dû normalement l'être, et ce, pour un motif d'ordre individuel le plus souvent en lien avec la santé ». A côté de cela il y a lieu de souligner aussi qu'il existe les absences exceptionnelles ou autorisations spéciales mises en place par mesure de bienveillance pour permettre de concilier l'activité professionnelle et la vie familiale ou des activités citoyennes. Ce faisant, l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par la prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large. C'est un marqueur de la situation organisationnelle des établissements hospitaliers : il est la manifestation du rejet d'une organisation de travail (Klez et al., 2014) ; il y a absentéisme dès qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail (Baret, Prioul & Randon, 2009).

A quoi est dû l'absentéisme ? L'absentéisme dans une organisation peut être dû à une cause détonante qui le provoque, autrement dit l'absentéisme est dû à un ensemble de facteurs. Ce qui nous amène à analyser cet aspect chez les soignants.

I.2. Absentéisme du personnel soignant

La littérature sur l'absentéisme du personnel soignant met en évidence l'existence d'un certain nombre de variables plutôt relatives aux attitudes vis-à-vis du travail (Baret, Prioul & Randon, 2011).

Causes de l'absentéisme des personnels soignants.

L'absentéisme constitue une cause de perturbation du fonctionnement des organisations qui complexifie la prise en charge de l'activité. En même temps, l'absentéisme peut être dû à des causes ou facteurs multiples qu'il importe de souligner. Selon l'article de Baret et al, (2011), les déterminants de l'absentéisme des personnels soignants se regroupent par quatre catégories :

1. Approche personnelle : la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus du ménage ;
2. Approche attitudinale : satisfaction, engagement au travail, stress et burn-out ;
3. Approche organisationnelle : horaires de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral ;
4. Approche médicale : charge de travail, postures inadaptées.

Harrison et Martocchio (1998) cités par Bami et al. (2013) proposent une revue systématique de travaux sur l'absentéisme, distinguant ceux portant sur les causes de variation de l'absentéisme à long terme, à moyen terme ou à court terme.

❖ Les causes de variations de l'absentéisme à long terme :

Trois éléments de facteurs sont identifiés tels que les traits de personnalité des employés, les variables démographiques et les conditions de santé.

❖ Les causes de variation de l'absentéisme à moyen terme :

Dans ces causes, on note cinq catégories de facteurs comme l'attitude à l'égard du travail, les pratiques de gestion des ressources humaines, l'influence des normes sociales, les facteurs économiques exogènes et les caractéristiques du travail.

❖ Les causes de variations de l'absentéisme à court terme :

Ici, deux éléments d'explication de l'absentéisme au moins sont mis en évidence, les éléments liés aux conditions de travail et l'historique récent d'absentéisme d'autre part.

Dans leur recherche, Pollak & Ricroch (2016) ont également mis en avant neuf dimensions des conditions de travail : intensité, exigences, émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux, conflits de valeurs, insécurité, manque de reconnaissance, contraintes physiques, contraintes horaires. Ce qui nous amène aux conditions de travail des personnels soignants où certains points évoqués par les auteurs précités peuvent revenir.

I. 3. Les conditions de travail des personnels soignants

Les conditions de travail de personnels soignants restent d'actualité à ce jour et depuis l'apparition de la crise sanitaire du Covid-19, les conditions ne cessent d'être régulièrement dénoncées. Les conditions de travail impactent le travail même de ces personnels soignants dans le sens que les mauvaises conditions de travail et la pénurie du personnel soignant génèrent des situations inacceptables pour les travailleurs et influencent directement la qualité des soins (Léonard, 2009).

Ce faisant, cette partie nous permet de définir d'autres concepts des conditions de travail qui touchent les conditions de travail des personnels soignants. Ainsi beaucoup d'éléments entrent dans la définition de ces concepts déjà présents avant même l'apparition de la crise sanitaire de Covid-19 :

❖ La santé mentale (Brun & Nguyen, 2021) :

La santé mentale est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme état de bien-être psychologique qui permet à une personne :

- De se réaliser et de s'ajuster aux exigences normales de la vie ;
- De travailler de manière efficace et productive ;
- D'apporter des contributions à sa communauté

Sutter, (2021) s'appuyant sur la définition sur la santé mentale, souligne ce qu'il faut entendre par santé mentale : « au même titre que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de trouble psychique ou maladie mentale. » ; il ajoute, pour être en « bonne » santé mentale, il faut non seulement ne présenter aucun des troubles et symptômes des tableaux cliniques de maladie ou de souffrance mais aussi et surtout, il faut ressentir un état de complet bien-être. La santé mentale, c'est quelque chose de central dans le travail du personnel pour bien équilibrer son cadre physique et mental vu que la mauvaise santé mentale au travail constitue une fatigue ou

une incapacité à survivre dans le milieu de travail en raison de demandes trop élevées comparativement à la capacité de l'individu à fonctionner.

D'où la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Union européenne, relative à la santé mentale qui en découle. Voici ce que nous pouvons en retenir :

- ✓ Les troubles psychopathologiques concernent tous les troubles mentaux graves, qui entraînent une déréalisation de l'individu concerné (c'est-à-dire que les individus sortent des cadres ou des normes du réel). Il s'agit principalement de troubles psychotiques ou de troubles dépressifs d'ordre psychiatrique.
- ✓ La détresse psychologique ou mal-être psychologique qui traduit un état de souffrance psychique, tout en n'étant pas révélatrice d'une pathologie ou d'un trouble mental.
- ✓ La santé mentale positive ou bien-être, cette dimension recouvre des notions comme l'estime de soi, les capacités d'adaptation et de résilience, le sentiment de maîtrise de sa vie ou encore certains traits de personnalité comme l'optimisme. Tout comme la santé physique, elle est la condition d'une vie réussite.

Dans tout cela, l'influence des conditions de travail sur la santé mentale fait apparaître la notion de risques psychosociaux lesquels risques psychosociaux recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises (Michel, Thibault & Walicki, 2016). Dans leur étude, les auteurs analysent les éléments indicateurs qui favorisent l'émergence de ces risques tels que :

1. Les exigences du travail : ces exigences renvoient aux catégories suivantes :
 - ✓ La quantité de travail : elle s'évalue en volume de tâches à réaliser par agent et en temps de travail. Un nombre d'heures supplémentaires élevé, des congés reportés doivent alerter.
 - ✓ La pression temporelle : elle concerne les horaires atypiques (à l'image du travail de nuit) le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour faire son travail et tout ce qui est lié à la notion d'urgence. La pression temporelle demeure liée aux situations professionnelles elles-mêmes ou aux conditions d'exercice des missions.
 - ✓ La complexité du travail : elle s'apprécie en fonction des missions exercées ; mais aussi de l'organisation du travail (polyvalence, suppléances, glissements de tâches) les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale renvoient quant à

elles tant aux horaires eux-mêmes qu'à leur prévisibilité, à l'éloignement domicile-travail.

2. Les exigences émotionnelles : cette dimension regroupe l'épuisement professionnel, les relations avec les usagers, l'empathie et le contact avec la souffrance, les tensions avec les usagers, l'obligation de cacher ses émotions, la peur au travail.
3. Le mal-être au travail : le mal-être au travail peut se manifester par des troubles tant psychiques que physiques notamment dans le cas de stress, de dépression ou d'addiction. Le mal être peut conduire à un déséquilibre entre la vie familiale et professionnelle. La personne ressent une grande perte d'intérêt pour son travail et l'impossibilité de s'intéresser à autrui y compris son entourage. La qualité du service rendu impacte fortement l'organisation hospitalière.
4. Le stress : c'est l'une des manifestations les plus répandues parmi les risques psychosociaux. Le stress survient lorsqu'une personne perçoit un déséquilibre entre ses ressources et les contraintes auxquelles elle doit faire face ; le stress est la réponse de l'organisme en vue de s'adapter à toute demande de son environnement ; le stress au travail est comme un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face (Amira,2011; Manoukian, 2016).

Légeron (2008) évoque l'accord cadre européen d'octobre 2004 qui définit « le stress comme un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme qui peut être considérée comme positive mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer problèmes de santé » et selon l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail, le stress est le problème le plus répandu dans le monde du travail et le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail augmente probablement. D'ailleurs, les travaux réalisés dans les états membres de l'Union européenne et dans d'autres pays révèlent qu'entre 50 et 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues sont liées plus ou moins directement au stress. Autrement dit, le stress au travail résulterait alors d'une discordance entre d'une part les

capacités d'une personne et les exigences de sa tâche, et d'autre part entre les besoins de la personne et ceux pouvant être satisfaits par l'environnement. Il survient quand une personne ne pense pas disposer durablement de ressources suffisantes pour faire face aux contraintes de son environnement de travail (Neboit & Vézira, 2007 ; Sutter, 2021). Le stress au travail est aussi synonyme de stress professionnel défini comme l'ensemble des réactions physiques et émotionnelles négatives, qui se produisent lorsque les exigences du travail ne concordent pas avec les capacités, les moyens ou encore les besoins du travailleur (Haddaji et al., 2021). En même temps, le stress au travail se mesure à l'aide de plusieurs facteurs, notamment les tensions et les contraintes associées au travail, les exigences physiques et l'absence de soutien des collègues et des superviseurs (Boivin-Descrochers, Alderson, 2014).

5. Le burnout :

Le stress et le burnout, sont aussi des éléments qui touchent particulièrement les conditions de travail. Le burn-out ou l'épuisement professionnel : l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué. Maslach décrit dans les années 80, l'épuisement professionnel des professions d'aide comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement du travail... (Canouï & Maurages, 2015).

Sont ainsi recensées six sources propices à l'apparition du burnout :

- Le surmenage : il renvoie à la charge de travail. Au-delà de la seule quantité de travail entre également en jeu la nature du travail. Un travail intensif et complexe exécuté dans un temps limité pousse le professionnel vers son seuil de tolérance et perturbe les relations humaines
- Le manque de contrôle : il vise la capacité qu'a un individu de choisir différentes approches afin de prendre des décisions pour résoudre un problème ou atteindre des objectifs.
- Le manque de reconnaissance : il concerne le travail effectué au regard des contreparties financières, mais aussi symboliques, perçues par l'agent ; quand une personne accomplit une action importante dans son travail et qu'elle pense l'avoir bien fait, elle ressent le besoin que son entourage professionnel lui manifeste des signes de reconnaissance. Dejourné ajoute que le manque de reconnaissance porte atteinte à l'identité de l'individu et peut avoir des conséquences délétères, notamment sur sa santé (Baret et al. 2021)

- La dégradation de l'esprit de groupe : cette cause de burn-out renvoie aux conflits que peut rencontrer un groupe de travail. Ces conflits peuvent détruire le lien social et conduisent à la détérioration de l'esprit de groupe. Les liens positifs comme l'entraide, le respect, les encouragements, l'humour, la convivialité qui unissent le groupe disparaissent pour laisser place à la colère, l'anxiété et à un manque de respect. La dégradation de l'esprit de groupe induit donc une baisse du soutien social.
- L'absence d'équité : elle s'applique à toutes les injustices que peuvent subir les personnes, notamment en termes de salaires.

De ce qui précède, le burnout se caractérise comme étant un syndrome à trois dimensions qui sont (Baret et al. 2021) :

1. L'épuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel est autant psychique que physique

Intérieurement le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'un sentiment d'être « vide », d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement.

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine.

Cet épuisement émotionnel se double souvent d'incapacité à exprimer toute émotion.

2. La déshumanisation de la relation à l'autre

La déshumanisation de la relation à l'autre est le noyau dur du syndrome. Ce critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Il s'agit d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou extérieur au service. La distanciation à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel

3. La diminution de l'accomplissement personnel

Cette dimension est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail ; en un mot de ne plus faire un bon travail. Le sujet commence à douter de ses capacités d'aller vers l'autre.

Cependant il y a lieu de souligner aussi la définition unique du syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Peters et Mestrs (2007) restent dans le même ordre d'idées, mais

parlant ou évoquant, des signes prémonitoires de l'existence de burnout à l'échelle de l'entreprise, et autres ingrédients favorisant le burnout.

➤ Signes prémonitoires de l'existence de burnout

Ces signes se présentent comme suit :

- ✓ Les signes d'épuisement professionnel où l'intensité et la fréquence de plaintes exprimées par le personnel s'accroissent. Elles portent sur les conditions de travail et l'absence de signes de reconnaissance de la part de la hiérarchie.
- ✓ Les signes d'épuisement physique et mental où les employés quittent brutalement l'entreprise sans donner d'explication claire. Les certificats de maladie s'empilent sur le bureau de directeur des ressources humaines.
- ✓ Les signes de déshumanisation où des conduites pseudo délictueuses s'installent, en rupture avec les valeurs fondatrices de l'entreprise. Certains clients ou patients dans le milieu médico-hospitalier se plaignent de la façon dont ils sont traités.

Quant aux ingrédients qui favorisent le burnout, il y a :

Le travail sur l'émotion, l'employé est en effet obligé d'exprimer des émotions qui sont parfois en totale contradiction avec celles qu'il ressent effectivement. La dissonance intérieure qui en résulte (les sentiments exprimés ne correspondant pas à ceux ressentis) amène à l'épuisement émotionnel, à une certaine insensibilité.

- ✓ Le sentiment d'iniquité ou d'inégalité, las de donner, de s'investir sans retour de la part de l'employeur sous forme de marques d'appréciation, de considération ou de compensation financière adéquates, l'employé fatigue, se résigne et se démotive. Le sentiment d'iniquité qui en résulte aggrave la sensation de stress et fragilise les individus tant sur le plan physique que psychologique.
- ✓ L'incertitude, celle-ci explose lorsque les règles de fonctionnement deviennent aléatoires, imprévisibles au gré des humeurs de ceux les décident unilatéralement.
- ✓ Le conflit de valeurs et le non-respect du contrat moral, la prise de conscience par l'employé que le contexte de travail freine la concrétisation de ses idéaux et de ses valeurs personnelles dans l'exercice de sa profession est une des causes importantes de burnout.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, ou burn-out, apparaît comme syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et psychique chronique de soi au travail (Delbrouck, 2003). Il ajoute que le syndrome d'épuisement professionnel des

soignants est spécifique, car il touche des personnes dont le travail a pour but d'aider, d'accompagner les personnes. C'est pourquoi le désinvestissement prend une forme particulière de mise à distance de la personne aidée ou soignée, représentée par la déshumanisation de la relation humaine.

Colombat (2020), suggère la présence de six facteurs principaux d'épuisement professionnel chez les soignants : la surcharge de travail, le manque de contrôle, le manque de reconnaissance, la perte de sens et le sentiment d'injustice. De ces six facteurs, nous nous intéressons plus à la surcharge du travail et ses composantes que nous allons tenter de développer.

Chapitre II DE LA SURCHARGE A LA TRANSFORMATION DE TRAVAIL

II.1. Surcharge de travail

La surcharge de travail peut être définie comme une exigence de résultats en termes de qualité et de quantité trop importantes par rapport au temps dévolu pour exécuter le travail, d'une part en fonction des ressources disponibles (normes, politiques, équipement, environnement, formation, soutien, latitude) et, d'autre part, des contraintes (Dicaire & Laprise, 2017). Albentosa et al. (2017) pensent que la surcharge de travail apparaît lorsque l'individu n'a plus assez de ressources pour faire face aux exigences de la tâche à réaliser ; elle est donc représentée par une hausse de charge de travail associée à une dégradation des performances. La surcharge de travail peut être ainsi quantitative lorsqu'elle désigne une charge de travail trop élevée par rapport au temps et aux ressources disponibles, ou qualitative, lorsqu'elle signifie des exigences trop élevées en comparaison aux compétences de l'individu (Boivin-Descrochers, Alderson, 2014). Le même concept est décrit par les soignants principalement par une quantité de travail et des horaires excessifs, des interruptions fréquentes et des délais et objectifs irréalistes ou mal définis (Colombat, 2020) et elle peut avoir des conséquences négatives sur les travailleurs et sur les résultats attendus.

Disons que la surcharge de travail représente une demande physique, mentale et émotionnelle qui excède les ressources personnelles et collectives, elle est une augmentation de charge importante de travail, laquelle charge de travail se subdivise en d'autres charges.

II.1.1. La charge de travail

Dans les années 70, Teiger et al ; Tort, définissaient la notion de charge de travail globalement comme l'intensité de l'effort fourni par le travailleur pour répondre aux exigences de la tâche dans des conditions matérielles déterminées, en rapport avec son état et les divers mécanismes en jeu dans son travail ; et Bouzit et al., d'ajouter en 2002 que le terme charge de travail représente généralement la quantité de travail physique et intellectuel qu'un travailleur peut accomplir sans mettre en danger sa santé et sa sécurité ainsi que celles des autres tout en demeurant efficace (Bilodeau et al.,2010) ; dans ce même ordre d'idées que le mot même, charge, fait automatiquement penser au poids et à la quantité que représente le travail ; la charge dépend des exigences de la tâche, mais aussi des ressources individuelles, de la perception des ressources propres, des aspects psychosociaux et organisationnels tels que l'autonomie, la coopération, les relations interprofessionnelles, la pression temporelle, etc. (Brun & Nguyen, 2021 ; Manoukian,2016).

Nous retenons que la charge de travail déterminée par l'intensité et la complexité du travail, peut être définie par trois dimensions à l'instar de Brun et Nguyen, (2021) :

a. La charge prescrite

La charge prescrite est une composante de la charge de travail c'est-à-dire, ce qui est prescrit ou demandé correspond aux exigences de production de l'organisation. Elle englobe les objectifs de performance sur le plan quantitatif (nombre, durée) et des objectifs qualitatifs (satisfaction, confiance, réputation ou loyauté).

b. La charge vécue

La charge de travail est l'addition de ce qui est demandé par l'entreprise, ce qui est réellement fait et ce qui est ressenti par le travailleur. C'est ce qui est ressenti par l'individu face à sa propre charge de travail en lien avec le travail prescrit, ses ressources et celles de l'organisation, et un contexte organisationnel spécifique offrant ou non une reconnaissance et un soutien.

c. La charge réelle

Pour cette composante, il ne s'agit pas uniquement d'identifier ce qui est demandé. Il est également important d'interroger les employés sur l'activité réelle de travail quotidien. La charge de travail réelle est la combinaison de ce qui est demandé et de ce qui est vécu ou ressenti. La charge réelle englobe ainsi les modes opératoires, les compromis et les stratégies pour surmonter les contraintes du travail et de l'organisation et tout ce que les individus et les collectifs mettent en œuvre pour atteindre leurs objectifs de travail.

Il s'avère que la charge de travail augmente jusqu'au moment où l'individu ne peut plus répondre aux exigences et où ses performances se dégradent (Albentosa et al., 2017); en conséquence, les exigences du point de vue ressources sont trop élevées par rapport aux ressources disponibles.

II.1.2. Charge mentale

La charge mentale, également appelée charge cognitive selon Chanquoy et al., cités par Albentosa et al. (2017), peut être définie comme l'interaction entre compétences, les motivations et l'état intense de l'individu. Cegara et al. (2013) nous font savoir que la notion de charge mentale prend toute son importance car elle permet d'opérationnaliser la gestion des risques et des ressources cognitives. Dans ce même article, Leplat (1977) définit la charge

mentale comme les ressources cognitives mobilisées par l'opérateur lui permettant de répondre aux exigences de la tâche qu'il réalise.

II.1.3. Charge physique

La charge physique correspond au travail musculaire effectué en fonction des tâches exigées. Ainsi, les qualificatifs de travail léger, moyen, lourd et très lourd sont utilisés dans la législation pour caractériser la charge physique de travail (www.beswic.be).

II.1.4. Charge émotionnelle

Selon Hellemans, la charge émotionnelle peut être définie comme le fardeau, le poids des états subjectifs intenses que vit une personne étant donné ses rôles au travail, ses missions, les choses ou les personnes dont elle a la responsabilité (www.academia.edu).

De tout ce qui est décrit sur la surcharge de travail, Albentosa et al.(2017) dans leur article, ajoutent les facteurs qui influencent la surcharge de travail ; ces facteurs sont tels que :

- ✓ Surcharge de travail en fonction de la complexité des environnements de conduite

Ici, il existe des unités séquentielles de tâches en fonction des situations ; les environnements de conduite peuvent être ressentis comme plus ou moins complexes.

- ✓ Surcharge de travail en environnement simple

L'environnement de conduite constitue le déterminant majeur de la charge de travail.

- ✓ Surcharge de travail en fonction de facteurs individuels

Dans cette surcharge, il y a la surcharge de travail due au manque d'expérience de conduite et en fonction de l'état interne. Pour ce qui est de la surcharge de travail due au manque d'expérience, la charge de travail engendrée par les tâches est étroitement liée à l'acquisition d'expérience ; en revanche, la surcharge en fonction de l'état interne, peut avoir une influence sur la charge de travail et les performances de manière différente.

II.2. Transformation de travail

Le travail s'impose comme une norme qui structure les sociétés et contribue à la construction identitaire ; en cela, il constitue le lieu d'une réflexion importante par l'ampleur des transformations sociales (Demestre et al., 2014 ; Negura & St – Amand, 2008), étant donné que la transformation est la facette d'une réalité, celle du changement (Bender et al., 2012) ; Barabel et al. (2017) la définit comme un passage d'un état initial à l'état final, à travers plusieurs changements.

II.2.1. Comprendre la transformation du travail

La compréhension de la transformation de travail nous fait penser à l'intégration progressive des technologies de l'information et de la communication aux entreprises qui modifie les modes de travail et d'organisation (www.fing.org). C'est dans ce cadre que la crise sanitaire a obligé des organisations à adopter très rapidement le télétravail (Fayon & Tartar, 2022) étant donné que la crise a eu pour effet une virtualisation du monde en portant un coup d'arrêt à beaucoup d'activités à la relation face à face.

Il est à remarquer que l'introduction des TIC considérées comme outils de la transformation de travail surtout à distance, a eu un impact continuellement innovant face au monde qui évolue rapidement. Nous l'avons même constaté avec la crise sanitaire qui a accéléré cet avènement, d'ailleurs Nordenham met en exergue une transformation globale de l'organisation du travail, caractérisée par une flexibilisation des horaires de travail (Beujolin-Bellet, 2004) avec les technologies numériques ou digitales qui transforment profondément le travail.

En conséquence, la fonction ressources humaines se met comme acteur et accompagnateur des changements liés à la flexibilisation du travail (Beujolin-Bellet, 2004).

II.2.2. Transformation du travail et crise sanitaire

Le contexte de crise sanitaire nous a fait voir un autre aspect de transformation du travail où le contenu de travail dans lequel il fallait donner plus sens au travail. C'est grâce à cette crise de Covid-19 qui a obligé le monde et le monde de travail en particulier à se réinventer, s'adapter, voire à se transformer et transformer de surcroît le travail digitalement.

La transformation digitale appelle trois approches (ASPRH, 2021) :

- l'approche métier, qui utilise les outils nécessaires au déploiement de ladite transformation ;
- l'approche organisationnelle utilisée pour asseoir une organisation adaptée, flexible et agile ;
- l'approche client qui simplifie l'expérience client et génère des revenus en délivrant une innovation digitale.

De tout ce qui précède, et quelles que soient les conditions de travail telles que nous venons de les détailler sur base des documents scientifiques, les personnels soignants, eu égard à ces conditions, sont appelés à rester en contact avec les soignés qui sont à leur charge ; d'où,

la nécessité d'une relation entre les soignants et soignés (malades ou patients). Ce qui nous amène d'évoquer dans les paragraphes qui suivent notre rédaction, ce contexte de relations.

CHAPITRE III : RELATION SOIGNANT ET SOIGNE

III.1. Définition du concept de relation

Il est à constater que les personnels soignants répondent toujours présents à leur métier en dépit de conditions de travail et quelle que soit leur nature. Ceci implique une relation entre le soignant et le malade dans l'exercice de prendre soin de l'autre, c'est-à-dire le patient. Ce qui nous pousse à comprendre ce que c'est prendre soin et relation.

D'abord « prendre soin » est une expression anglaise « *to care* » qui correspond à la manière de prendre soin d'autrui, d'en avoir le souci avec une sollicitude, une bienveillance ou encore une inquiétude empreinte d'anxiété. La notion de *care* est perceptible dans le souci d'apporter à l'autre (le patient) un soin, et résulte d'une posture des professionnels, acteurs et auteurs qui en prennent l'initiative (Gaudry-Muller, 2015). Dans un article publié, Meek - Bouchard (2021) nous parle de Morvillers pour qui, le concept du *care* fait référence à deux acceptations fondamentales. Tout d'abord, il signifie le souci et la responsabilité, faisant référence au registre des émotions, au sein d'inquiétude, de précaution et d'affliction (*to care about*). Ensuite, il exprime le soin, l'attention, l'accompagnement, l'affection et la sollicitude à l'égard d'autrui (*to take care, to care for*). De cette façon, le *care* est une attitude, un sentiment, une pratique ou une action liée à un état affectif, occupant une place centrale dans nos vies intimes, sociales et politiques, Garrau et Le Golf cités par Meek – Bouchard (2021).

Quant à la relation, Manoukian cité par Kervarec (2016) nous dit que : « une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières ». Parmi ces facteurs psychologiques, il cite la personnalité, les émotions, les désirs, les représentations sociales, les préjugés et les valeurs individuelles.

La relation dans laquelle le soignant cherche à favoriser le développement ou un meilleur fonctionnement est au cœur du soin. Cela tient au besoin de sécurité et d'efficacité des soignants qu'apporte la stabilisation dans les relations humaines, et les soignants attendent des patients qu'ils adoptent des comportements attendus (Formarier, 2007).

Somme toute, cette relation implique la communication, la relation d'aide, relation d'aide thérapeutique, relation d'écoute, relation sociale de civilité, relation fonctionnelle... Autrement dit il existe différentes notions de relation de soins entre soignant-patient. En ce sens, chaque relation de soins est unique et peut faire face à l'imprévisible, mais les relations dont il est question sont enfermées dans des pratiques répétitives.

III.1.1. Relation communicationnelle

Pour Phaneuf, (2016), la communication est à la base de tous nos rapports humains, elle est au cœur nos interactions avec les clients, que ce soit pour l'accueillir, pour recueillir des données dans l'évaluation de sa condition physique et mentale. Elle mentionne quatre formes de communication dans la relation soignant-soigné :

1. La communication fonctionnelle qui est celle des interventions quotidiennes, des échanges avec le client, ses proches ou les autres membres du personnel. Cette conversation est pratique et efficace, sans être d'une grande profondeur.
2. La communication aidante est celle des soins de tous les jours. Plus chaleureuse, elle a aussi pour objectif de faciliter la satisfaction des divers besoins du client.
3. La communication pédagogique qui sert à expliquer les soins ou à répondre aux questions du client concernant son traitement ou son état.
4. La relation d'aide qui s'établit lors de difficultés particulières du client, d'une peur, d'une inquiétude marquée sur son état, de douleurs intenses, d'un moment de découragement, etc.

III.1.2. Relation d'aide

La relation d'aide, selon Travelbee, cité par Canouï & Maurages, 2015, « est un processus d'ordre expérientiel, une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes ; l'infirmière et le malade. C'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique ». Quant à Rogers cité par Karvarec (2016), il développe cette notion comme un soin relationnel qui se développe au cours d'entretiens et qui requiert une capacité à amener toute personne en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation. C'est un soin qui permet de rassurer le patient, de diminuer sa peur et son anxiété face à la maladie et au traitement. Elle aide ainsi le patient à accepter une situation difficile, à être clairvoyant et de ce fait, à pouvoir prendre des décisions.

Ce n'est pas tout. Cette relation consiste à écouter l'autre, à mobiliser les ressources nécessaires à la résolution de ses problèmes. D'ailleurs, la relation d'aide est un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse les communications habituelles et permet de créer un climat, d'apporter le soutien dont le client a besoin au cours d'une épreuve (Phaneuf, 2016). Par ailleurs, il y existe des difficultés inhérentes aux métiers de relation d'aide telles que la confrontation à la souffrance et à la mort et le manque de soutien. La confrontation à la souffrance et à la mort qui est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement

professionnel, surtout si elle se double d'une difficulté à être reconnue dans la dimension de l'accompagnement. En revanche, le manque de soutien qui entretient le stress des soignants. Il correspond d'une part au fait de ne pas être suffisamment reconnu dans son travail et d'autre part au fait de ne pouvoir exprimer ouvertement les distorsions rythmant une pratique lorsque les conflits prennent le pas sur l'homme des liens et lorsque se cloisonnent les gardes et les services.

III.1.3. Relation d'aide thérapeutique

C'est une technique de soins spécifiques qui n'est possible que sous certaines conditions : un climat de confiance et de calme, des objectifs précis, un temps déterminé, la disponibilité et l'empathie du soignant, l'accord du patient. Cette relation s'apprend et se pratique en vue de l'élaboration d'un projet thérapeutique.

III.1.4. Relation d'écoute

La relation d'écoute permet d'apporter réconfort au patient. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant à l'égard du soigné et par une attitude empathique, c'est-à-dire compréhensive et sans jugement. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au soigné d'exprimer ses affects librement.

III.1.5. Relation fonctionnelle

La relation fonctionnelle permet d'effectuer un recueil de données utile et indispensable à la prise en charge. C'est le soignant qui conduit la relation dans le but d'avoir accès aux informations concernant le patient et ses besoins afin de mieux le connaître.

III.1.6. Relation sociale de civilité

La relation sociale de civilité, quant à elle, est un rituel où chaque participant souhaite adopter un comportement agréable, sociable avec convivialité dans l'échange. Elle est constituée de propos banals sans réels intérêts comme frapper avant d'entrer, demander l'autorisation de pénétrer derrière un rideau fermé, saluer, s'identifier, etc. Ce mode de relation comporte une certaine distance relationnelle, c'est-à-dire permet aux personnes en relation de se protéger de l'autre et de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient.

Il est à souligner que toutes ces relations ne peuvent être basées que sur la relation de confiance qui règne entre le soignant et le soigné du fait que la confiance est le plus souvent considérée comme allant de soi de la part du malade envers le corps médical alors que ce dernier se questionne rarement sur celle qu'il accorde au patient (Haberey-Knuessi & Obertelli, 2017).

Nous retrouvons aussi sept types de relations de soins, chez Formarier (2007), autour desquels il y a plus ou moins consensus :

1. La relation de civilité

Pour l'auteur, cette relation se base sur une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans être toujours conscient, joue un rôle au sens où l'entend Rochebaye-Spende, cités par Formarier « la notion de rôle se dégage comme un modèle se réfèrent les comportements des individus en interactions. Le rôle comme un modèle organisé de conduite relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble ». L'auteur ajoute que la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires...

2. La relation des soins

Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échange avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale.

3. La relation d'empathie

La relation d'empathie nécessite une écoute active pour donner un sens aux paroles échangées, en fonction de la personne qui les dit ; l'empathie a des dimensions et ; implique d'être objectif et l'exempt de jugement de valeur.

4. La relation d'aide

La relation d'aide qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident,...

5. La relation thérapeutique

Pour l'auteur, cette relation est utilisée dans le but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale.

6. La relation éducative

C'est une relation mise en œuvre lorsque, pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie), subir un sevrage (alcool, drogues) ou doit pratiquer des autos-soins. Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins), une approche cognitive et une approche technique.

7. La relation sociale

Cette relation est tout à fait particulière. Il s'agit d'une relation famille, entourage-patient. Le rôle du soignant se situe à l'interface entre le patient et la famille. Le soignant peut apporter un soutien direct au patient mais auprès d'une personne atteinte de pathologie aiguë ou chronique...

Nous pouvons constater que les relations auxquelles fait allusion Formarier ne sont quasiment pas différentes que d'autres types de relations précédemment cités, mais il y a quelques nuances, mais qui vont dans le même objectif de relation soignant-patient.

III.2. Difficulté relationnelle entre soignant-soigné

La relation soignant-soigné peut aussi générer des tensions rendant cette relation difficile, surtout en cette période de la pandémie de Covid-19, nous pouvons bien imaginer combien la relation soignant-soigné devait être difficile et compliquée. Nous tenterons d'en savoir plus dans le cadre de ce travail de recherche.

Pour parler de cette difficulté de relation soignant-soigné, Curchod, (2009), nous renseigne qu'il y a d'une part ces relations difficiles, conflictuelles, ou dysfonctionnelles, et d'autre part les facteurs communs aux soignants et soignés.

- Relations par exemple :

Difficiles lorsque le qualificatif désigne principalement des situations dans lesquelles la communication est moins aisée, demande plus de précaution et d'attention que d'ordinaire ;

Dysfonctionnelle, lorsque le processus présent ne permet pas un mode de communication efficace, débouchant sur de véritables « pathologies » de la communication ;

Conflictuelles lorsque le processus présent en cause relève des conflits ou peut être générateur de conflit.

Des relations difficiles avec les personnes malades ou leur entourage peuvent conduire certains soignants à :

- ✓ Ressentir de la honte ou de la culpabilité si leur conscience désapprouve leurs propres attitudes perdant « la possibilité de se vivre bon soignant », le professionnel peut alors être tenté de rechercher des compensations et de s'accrocher ou d'abandonner.
- ✓ Ressentir de la valorisation à l'idée d'avoir « recadré » ou « remis en place » un malade, notamment si leurs collègues ou leurs proches approuvent leurs actions et les félicitent pour leur « courage » et leur abnégation à soigner des personnes aussi difficiles.
- ✓ Perdre une partie de l'estime d'eux-mêmes lorsqu'ils sont confrontés à des malades qui les agressent verbalement ou qui contestent leurs compétences.
- Deux facteurs importants à souligner dans la relation de soignant-soigné :
 - ✓ Facteurs communs aux soignants et aux soignés :

Soignant et soignés sont avant tout des êtres humains dont le niveau d'éducation, les capacités relationnelles et la maturité socio-émotionnelle peuvent être différents. Tous traversent des phases de bonheur et d'épreuves qui varient d'une personne à l'autre.

- ✓ Facteurs spécifiques aux soignants

La proximité corporelle, relationnelle et émotionnelle entre soignants et personnes malades ou handicapées constitue une des caractéristiques des professions soignantes.

Nous venons de parler sur la relation entre soignant et soigné (patient). Cependant, cette relation ne peut être effectivement exercée que dans l'environnement où les acteurs, c'est-à-dire soignant et patient peuvent se rencontrer, l'un dans le cadre de l'exercice de sa profession et l'autre dans le contexte de se faire soigner à l'hôpital. Ainsi parlons - nous de l'hôpital et de son organisation ainsi que de la crise qui a fait parler de l'hôpital dans le contexte de la pandémie de Covid-19.

CHAPITRE IV : ORGANISATION HOSPITALIERE

IV.1. Concept de l'hôpital

Le mot « hôpital » trouve son origine dans le latin « hospitalia », en passant par l'ancien français « ospital », tous deux désignent un « établissement charitable, un lieu de refuge et d'accueil pour les pauvres et les voyageurs ». L'hôpital est un échelon structurant des systèmes de santé, un lieu où se pratique la médecine et où de multiples professions médicales et non-médicales travaillent ensemble. (Carbonne-Laurens, 2014 ; Chabrol & Kehr, 2018).

Disons que l'hôpital demeure ce lieu d'accueil et de soins pour l'ensemble de la population, un rôle qui lui est dévolu par son histoire et sa vocation depuis le moyen âge et peut être qualifié d'organisation complexe au regard de la diversité des compétences, métiers et des activités (Carbonne-Laurens, 2014 ; Nobre, 2013). Ce qui fait que l'hôpital organise la prise en charge de l'ensemble des populations, tout le long de leur parcours de soin, de l'admission à la sortie de l'établissement, dans un souci d'égalité dans l'accès aux soins.

Quant à l'organisation et types de configuration de l'hôpital, Crommelynck et al., cités par Chiariada (2019) et la loi du 10 juillet 2008 distinguent quelques types d'hôpitaux. Nous nous limitons d'en citer que quelques-uns :

✓ Les hôpitaux généraux

La loi du 10 juillet 2008 définit les hôpitaux comme « les établissements de soins de santé où des examens et / ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, où des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général ».

Quant à Crommelynck et al., les hôpitaux sont comme des établissements recevant les patients jour et nuit pour une aide médicale spécialisée. Pour entrer dans le champ d'application de la loi, l'hôpital de base doit disposer d'au moins 150 lits agréés et posséder au moins un service de chirurgie et de médecine interne. D'autres activités ou services peuvent également être présents dans un hôpital de base : anesthésie, radiologie, activités de base en biologie clinique, réadaptation fonctionnelle, activité de base en officine hospitalière, un programme de

soins de base en oncologie ainsi que des services de gériatrie, de maternité, de pédiatrie et de neuropsychiatrie.

✓ Les hôpitaux psychiatriques

C'est la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux qui définit les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques ; ce sont des établissements dispensant des traitements et des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques graves. Ils peuvent aussi offrir une consultation polyclinique ou un traitement de jour, et contribuer à créer et à gérer des habitations protégées (Crommelynck et al. 2013).

✓ Les hôpitaux universitaires

Sont considérés par la loi du 10 juillet 2008, comme hôpitaux universitaires, des services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires ou programmes de soins universitaires, « les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par lui sur la proposition des autorités ». De leur côté, Crommelynck et al (2013) ajoutent, qu'au-delà de leurs missions hospitalières de bases, les hôpitaux universitaires ont aussi pour mission de contribuer à la formation des médecins et des praticiens de l'art infirmier, étant actifs dans le domaine de la recherche scientifique et participent au développement de nouvelles technologies. C'est également au sein de ces hôpitaux que sont admis les patients qui nécessitent un traitement très spécialisé. Chaque faculté de médecine offrant un cursus complet peut disposer d'un seul hôpital universitaire.

En ce qui concerne l'organisation de l'hôpital, il est impérieux de souligner que l'hôpital est une structure complexe en raison de la présence en son sein d'une multitude de groupes professionnels (médecins, infirmiers, aides-soignants, paramédicaux, collaborateurs, administratifs, personnel technique et ouvrier...) et de statuts (fonctionnaires nommés statutairement, salariés contractuels, indépendants, intérimaires (www.mc.be)). Il existe un cadre général pour l'organisation des activités hospitalières et pour la répartition des responsabilités au sein de l'hôpital qui définit des critères pour la gestion, pour le département médical et pour le département des soins infirmiers. Chaque hôpital met en place le schéma organisationnel qui lui paraît être le plus approprié (Chiariade, 2019).

L'organisation des hôpitaux est donc influencée par leur taille et leur histoire, la loi sur les hôpitaux prévoit certaines structures obligatoires, tant de gestion que de concentration (Fontaine, 2020) :

✓ Structure de gestion

A ce jour, la seule obligation légale concernant la forme juridique requise pour l'exploitation d'un hôpital est de recourir à une personne morale dont l'objet statutaire est l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou établissements de santé. La forme juridique la plus utilisée étant l'association sans but lucratif (ASBL). La gouvernance des hôpitaux est composée d'autres organes de gestion comme le gestionnaire, le directeur, le département médical et le département infirmier. Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital. C'est à lui qu'incombe la responsabilité générale et finale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation, du fonctionnement et des finances. Le directeur étant ainsi le responsable devant le gestionnaire dans chaque hôpital ; c'est lui qui est chargé de la direction générale et de la gestion journalière de l'hôpital.

Par ailleurs, l'activité médicale au sein de l'hôpital est structurée au sein du département médical qui est organisé par l'arrêté royal du 15 décembre 1987. Premièrement, le médecin - chef est responsable de l'organisation et de la coordination générale de l'activité à l'hôpital, suivi du médecin - chef de service qui est responsable de l'organisation et de la coordination de l'activité médicale dans son service. Enfin, le staff médical qui se compose de tous les médecins de l'hôpital. En ce qui concerne l'activité infirmière, celle-ci est structurée au sein du département infirmier qui comprend le chef du département infirmier, les infirmier(e)s-chefs de service, les infirmier(e)s en chef et le staff infirmier.

✓ Structures de concertation

Pour ce point, il existe plusieurs organes de concertations dont certains sont imposés par la loi sur les hôpitaux. Nous pouvons citer : le conseil médical, le comité permanent de concertation, le comité local d'éthique et la commission financière. Tous ces différents organes de concertation sont des lieux de rencontre des groupes professionnels concernés, où sont recherchées des réponses aux questions qui relèvent de la compétence de ceux-ci.

D'abord le conseil médical est l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital. Le conseil médical a pour mission principale de donner des avis au gestionnaire dans les matières prévues à l'article 137 de la loi

sur les hôpitaux. Le fonctionnement et la composition du conseil médical sont repris dans l'arrêté royal du 10 août 1987.

Le comité permanent de concertation est, quant à lui, le second organe de concertation prévu par la loi ; cet organe permet de remplacer la procédure d'avis du conseil médical par une procédure de concertation directe. Par ailleurs, dans chaque hôpital est créée une commission financière pour garantir la transparence financière.

Enfin, d'autres organes, non repris dans la loi, peuvent être établis. Il s'agit, par exemple du comité médico-pharmaceutique, du comité de transfusion, du comité matériel médical ou du comité d'hygiène hospitalière.

➤ Types de configuration de l'hôpital

L'hôpital se trouve dans les organisations de santé définie comme des bureaucraties professionnelles, avec les quatre mondes de l'hôpital : les médecins, les personnels non-médicaux soignants, les personnels administratifs et les membres de direction (Mintzberg 1982 ; Bousser, 2022). Cette approche met en évidence le rôle central du corps médical dans les rapports de pouvoir (Nobre, 2001). Les hôpitaux sont aussi présentés comme des structures pluralistes au regard de la diversité des acteurs y exerçant.

Selon Mintzberg (1982), l'hôpital se trouve dans une configuration structurelle connue sous le nom de bureaucratie professionnelle au même titre que les systèmes d'éducation, les universités, les cabinets d'expertise comptable, les organismes d'action sociale et les entreprises artisanales. Ce faisant, l'hôpital pour fonctionner comme configuration professionnelle s'appuie sur les compétences et le savoir-faire de leurs opérateurs qui sont des professionnels. Et le centre opérationnel est la partie clé de la bureaucratie professionnelle c'est-à-dire le travail est coordonné par la standardisation des qualifications.

L'hôpital, appréhendé comme organisation complexe, nous amène à comprendre ce que c'est la communication et la coordination en son sein.

IV. 2. Coordination et communication

Dans ses recherches, Demuynck (2018) nous donne l'occasion de comprendre ces deux concepts, communication et coordination au sein de l'hôpital :

IV.2.1 La communication

La communication constitue le fondement de l'ensemble des activités hospitalières. Elle est présente au niveau institutionnel, au niveau des acteurs de différentes disciplines, au niveau interpersonnel au sein des équipes ainsi que dans la dyade de la relation au patient.

Disons en passant que la notion de communication demande un certain partage d'informations entre les différents acteurs de l'hôpital. « Communiquer, c'est construire quelque chose d'autre que ce qui était présent avant l'échange : des significations, des actions coordonnées » (Laurens, 2014). Selon le modèle de Shannon et Weaver, la communication se déroule entre un émetteur et un récepteur ; la communication est centrale puisque l'organisation au sein de l'hôpital n'est rendue possible que par l'interaction d'une multitude d'acteurs agissant en vue d'un objectif institutionnel (Demuynck, 2018 ; Heeb et al. 2013). Toutefois, au sein d'une institution hospitalière, les acteurs sont nombreux. Il y a plusieurs canaux ou manières de passer la communication, plusieurs émetteurs et récepteurs.

Somme toute, l'importance de la communication apparaît dans la nécessité de continuité et de permanence des soins à l'hôpital (Heeb et al., 2013)

IV.2.2 La coordination

La coordination est définie comme l'agencement des différentes actions, dans un certain ordre, afin d'atteindre le but de façon efficace, elle renvoie aux moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent le travail (Barthe et al. 2009).

Pour Donabedian (1980), la coordination des soins est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence avec l'ensemble des systèmes. Leutz (1999) ajoute dans le même sens le rôle de la coordination comme lieu de rencontre avec d'autres systèmes. Il s'agit de : joindre « la notion de la coordination à celle de l'intégration et la présenter comme la recherche d'interconnexion du système de santé avec les autres systèmes de services humains. »

La coordination trouve de la sorte son importance dans l'organisation de l'hôpital, car, c'est un élément capital qui influence la qualité des soins médicaux, et cette coordination s'accomplit à plusieurs niveaux : entre les différents services par lesquels transitent les patients, entre les différents professionnels qui interviennent (médecins, internes, infirmiers, aides-soignants mais également radiologues, diététiciens, personnels administratifs,...), entre les équipes de soins d'un même service (matin, après-midi et nuit) et les membres d'une même équipe de soins (Barthe et al., 2009).

IV.3 Organisation de l'hôpital en temps de crise

IV.3.1 Qu'est-ce que la crise ?

En 1963, Charles Herman définit la crise comme un événement surprenant les individus et restreignant leur temps de réponse, menaçant ainsi leurs objectifs prioritaires. La crise est de la sorte une destruction rapide de tous les repères, une dérégulation des mécanismes et des réactions habituels (Combalbert, 2018). En d'autres termes, la crise est une situation où de multiples organisations aux prises avec des problèmes critiques, soumises à de fortes pressions externes et d'après tensions internes, se trouvent projetées brutalement et pour une longue durée sur le devant de la scène (Bastide, 2014).

Pour Moussier (2018), la crise « est une situation qui menace les priorités et les missions d'une organisation, il s'agit d'une situation d'accélération des événements qui déborde les capacités de l'organisation. C'est un moment caractérisé par un changement subit et généralement décisif ou une aggravation brusque d'un état chronique ».

De son côté, Rogalski précise qu'il y a crise « lorsqu'un système est confronté à un événement, en général inattendu, dont les conséquences vont se développer dans le temps avec une dynamique qui peut être très rapide, en produisant des risques importants, qui dépassent les ressources préexistants en termes de procédures d'action et d'acteurs » et pour Roux-Dufort, « la crise est définie comme un processus qui sous l'effet d'un événement déclencheur met en éveil une série de dysfonctionnements... » (Anceaux et al. 2008).

La période de crise reste un moment de rupture entre l'état du passé et l'incertitude en ce qui concerne l'avenir qui reste flou. Dit autrement, la crise est un événement qui crée un temps d'innovation et de confiance, mais également de souffrance, d'impuissance et d'urgence (Dubar cité par Duesberg 2021).

De ce fait, parler de la crise au niveau de l'hôpital, nous pousse à situer le concept de la crise sanitaire, afin d'essayer de comprendre ce qui est la crise sanitaire de Covid-19 en passant par sa gestion.

➤ Qu'est-ce que la crise sanitaire ?

Nous pouvons retenir que la crise sanitaire peut être entendue comme un événement qui impacte potentiellement la santé publique d'une ou plusieurs populations et est susceptible de dépasser les moyens de fonctionnement courants des organisations intra et extrahospitalières. C'est une menace réelle ou potentielle pour l'état de santé de la population et se caractérise par une situation d'urgence et le caractère inédit du risque (Bastide, 2014 ; Brunet et al., 2020).

La crise sanitaire est dans le domaine de la médecine, désignant comme le moment où la maladie touchait à son terme. La crise n'est donc pas un signe de maladie, mais plutôt de résistance à la maladie. Edgar Morin note que la crise signifie indécision où, en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes » (www.vuibert.fr) ; de cette même source, nous apprenons les spécificités de crises sanitaires.

➤ Spécificités de crises sanitaires :

Les crises sanitaires comportent de caractéristiques spécifiques telles que :

- Elles suscitent un émoi considérable, propice aux rumeurs, dans les populations concernées, ainsi qu'un retentissement médiatique assuré ;
 - Elles posent aux décideurs des difficultés considérables, liées notamment aux fortes incertitudes sur les effets et à la nécessité absolue de répondre d'urgence aux inquiétudes, les enfermant dans un dilemme permanent : courir le risque de se voir reprocher soit une sous-réaction (la négligence), soit une sur-réaction (la panique) ;
 - Elles portent atteinte à la crédibilité du savoir médical et à la légitimité des institutions sanitaires ;
 - Elles mettent en cause des valeurs comme la responsabilité individuelle et collective, les libertés démocratiques, l'importance de la vie humaine.
- Crise sanitaire de Covid-19

Il est à comprendre la crise sanitaire de Covid-19, dès fin 2019 où une nouvelle maladie à coronavirus, le Sars-Cov-2, ensuite dénommé Covid-19, est apparue à Wuhan en Chine (Sardon, 2020). A la différence de crises sanitaires qu'a connues l'humanité, la pandémie de Covid-19 se caractérise par quelques particularités telles que :

« C'est une maladie potentiellement grave et inconnue avec dimension universelle ; la plupart des pays ont décrété la fermeture des frontières ; une panique mondiale sans précédent s'est installée. Toute la planète semble être touchée d'une façon inégale et asynchrone » (Kohen et al. 2020).

IV.3.2. Gestion de la crise et Crise sanitaire de Covid-19 à l'hôpital

Chaque crise qui surgit doit nécessairement être bien gérée afin de permettre le bon déroulement des activités dans le temps. Et la gestion de crise se compose d'un enchaînement de décisions prises dans des moments d'imprévisibilité ou d'ambiguïté qui repose sur le développement de stratégies en lien avec la gestion des risques et l'anticipation, le champs

d'action, c'est-à-dire l'organisation des acteurs et des ressources nécessaires pour limiter l'impact négatif de l'événement, se situant au-delà de l'existant (Duesberg,2021 ; Story, 2017). C'est bien pourquoi, pour ce qui concerne la crise sanitaire, la gestion de celle-ci passe par une gestion médiatique, en premier lieu, par une gestion technique pour aboutir par une gestion, une maîtrise globale des risques (www.vluibert.fr)

➤ La gestion médiatique des crises sanitaires

Il est indispensable de communiquer lorsque la crise est en passe de s'installer ou s'est déjà développée. Et une des clés de la communication de crise est le recueil d'informations valides.

➤ La gestion technique de crise sanitaire

La gestion technique de la crise est le temps de la décision ; le problème est que les acteurs décisionnels sont placés dans un univers inconnu ou risqué.

➤ La maîtrise des risques

La maîtrise des risques a pour fin de considérer deux grandes orientations dont la première consiste à développer les outils de la sécurité sanitaire et la seconde consiste à mettre en place de nouveaux instruments de maîtrise des risques c'est-à-dire approfondir et élargir les approches nouvelles de prévention et de gestion de risques et développer des conceptions différentes et novatrices de la maîtrise des risques. Et c'est ici où l'on voit l'importance de la communication en temps de crise. Combalbert (2018) souligne que la communication en temps de crise reste un outil de la conduite de l'événement, et se mêlent les communications interne et externe.

➤ La communication interne

Cette communication vise le public lié à l'organisation. On identifie dans cette population les collaborateurs directs : qui sont les employés et les cadres de l'organisation, et d'autre part, les collaborateurs indirects qui sont notamment les fournisseurs, les partenaires techniques, financiers.

➤ La communication externe

Quant à cette communication, elle s'adresse à tous les publics autres que les collaborateurs au sens large de l'organisation : consommateurs, usagers des services publics au sens large. La gestion de crise de Covid-19 a été ainsi mise en œuvre comme toute autre crise qu'il fallait gérer ; toutefois, chaque pays avait eu le loisir de gérer à sa façon cette crise de Covid-19,

Brunet et al. (2020), dans un article nous font voir la façon dont la Belgique s'est comportée face à la pandémie du Covid-19 quant à sa gestion. Ils soulignent qu'en Belgique, le plan de gestion de risques du SPF Santé publique et de la chaîne alimentaire et environnement prévoit trois phases. La phase 1 consiste à maintenir le virus hors du pays le plus longtemps possible, via la mise en place d'un système de surveillance du territoire et éventuellement, d'une mise en quarantaine des cas suspects. La phase 2 est déclenchée une fois que le virus est identifié dans le pays. Un système de « contact tracing » est alors activé pour éviter la propagation du virus : toutes les personnes qui ont été en contact avec une personne contaminée doivent être répertoriées, contactées et placées sous surveillance. Et cette phase a été déclenchée dès le premier mars 2020 puis « renforcée » à partir du 10 mars avec des mesures supplémentaires de distanciation sociale. La phase 3 est déclenchée quand de nombreuses infections se déclarent dans le pays.

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, l'arrêté royal du 18 mars 2020 a imposé une mesure de confinement de toute la population : « les personnes sont tenues de rester chez elles. Il est interdit de se trouver sur la voie publique et dans les lieux publics, sauf en cas de nécessité et pour des raisons urgentes ». En d'autres termes, c'est la période de confinement.

- ❖ Le confinement est une obligation pour les personnes de rester là où elles sont, généralement due à des risques spécifiques pour elles-mêmes ou pour les autres si elles se déplaçaient librement, et cette mesure ne peut généralement être initiée que par une personne en position d'autorité (Idoh, 2020).

Par ailleurs, il y avait un plan d'urgence hospitalier qui était aussi lancé pour gérer la capacité hospitalière en Belgique.

- Qu'est-ce que le plan d'urgence hospitalier ?

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 plan d'urgence hospitalier 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 pouvoir être augmentée rapidement. Et il importe bien sûr de disposer de lits, d'équipements et de personnel en suffisance (<https://kce.fgov.be>).

Le PUH comporte deux phases, la phase d'information et celle d'action qui à son tour comprend deux niveaux. Le niveau 1 qui est la capacité réflexe et suffisante pour le nombre de victimes. Pour ce niveau, on a besoin de personnel supplémentaire limité quand certains

services sont réorganisés (les soins intensifs, les urgences, le bloc opératoire). Le niveau 2, c'est précisément quand le nombre de patients dépasse la capacité réflexe de l'hôpital, on recourt à un personnel supplémentaire et une grande partie de l'hôpital doit être réorganisée.

Pour ce faire, le plan d'urgence comprend une cellule de coordination qui prend la direction des opérations, avec les membres permanents composés de :

- ✓ Directeur général,
- ✓ Médecin-chef,
- ✓ Directeur des soins infirmiers,
- ✓ Coordinateur du plan d'urgence,
- ✓ Médecin-chef de service des urgences
- ✓ Une personne du service communication.

Selon le type de catastrophe, il est également possible d'avoir recours à des membres ou comités supplémentaires, tels que des pharmaciens, des infectiologues, des pneumologues, le département logistique et le service hospitalier.

Soulignons que selon cet article, le plan d'urgence hospitalier a contribué à une réaction rapide des hôpitaux puisqu'en principe un PUH n'est pas prévu pour une crise d'une telle ampleur et durée que nous avons connu avec le Covid-19, mais on perçoit néanmoins que son activation a contribué à une gestion rapide et précise de la capacité hospitalière.

CHAPITRE V. L'HOPITAL AU TEMPS DE COVID-19 : UN ENJEU DE GESTION DE RESSOURCES HUMAINES

La gestion de cette crise sanitaire liée au Covid-19, ne s'est pas limitée qu'au niveau des autorités publiques puisque chaque organisation devait s'assurer la continuité de ses activités et dans la mesure du possible s'adapter au contexte du moment.

Dans le cas des hôpitaux, c'est au service des ressources humaines que revient la tâche de tout gérer et organiser le changement, d'autant plus que les hôpitaux devenaient le centre du monde pour endiguer cette crise sanitaire qui s'était transformée en crise hospitalière.

L'hôpital faisant partie du système qui est confronté à un événement inattendu, dont les conséquences vont se développer dans le temps avec une dynamique qui peut être très rapide, en produisant des risques importants, qui dépassent les ressources préexistantes en termes de procédures d'action et d'acteurs (Anceaux et al., 2008), se trouve dans une situation sanitaire exceptionnelle survenue d'un événement émergent, inhabituel et ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur et de sa gravité (Story, 2017) où son caractère médiatique (Louazel et al., 2018) est également un élément nouveau.

V.1 Impact de la crise sanitaire sur la transformation à l'hôpital

Autissier et al. (2018), parlent de la transformation comme l'ensemble des démarches, techniques et outils visant à transformer les métiers, les produits, les compétences et l'organisation d'une organisation, de cette définition. Nobre (2020), soulève, quant à lui, trois éléments clés qui ont contribué au changement et à la continuité que l'hôpital avait mis en place pendant le Covid-19 ; ces éléments sont entre autres : innovations, transformations et résilience.

V.1.1. De la transformation...

Nous retiendrons ici que Bloch & Nabat (2009) évoquent la transformation dans les organisations comme une innovation, une mutation ou une évolution des structures et du fonctionnement de l'organisation affectant les rapports sociaux, les savoir-faire et les routines ; le passage d'un état initial à un état final, à travers plusieurs changements, et présente un caractère contrôlé et suit une trajectoire définie (Barabel et al. 2017).

Par ailleurs, Austier et al. (2018) révèlent que la gestion de transformation vise à créer une direction et/ou une fonction qui a en charge trois objectifs tels que la stratégie de transformation, l'innovation et l'accélération et la capacité de changer.

De ce point de vue, l'hôpital tend à revoir son système d'organisation et à penser l'innovation, conduira à la transformation du travail à partir d'une politique des ressources humaines qui constate que l'hôpital se trouve dans l'obligation de conduire des changements pour mieux s'adapter aux impératifs du contexte (Kirmi & Chahouati, 2019). Ainsi, face au cap nécessitant la poursuite de la conduite de la transformation hospitalière, l'agilité semble être intéressante pour les hôpitaux afin qu'ils puissent s'ajuster à un environnement turbulent, complexe et imprévisible à travers un ensemble de déclinaisons d'agilité : agilité organisationnelle, agilité stratégique, agilité des ressources humaines (Anton, 2020)

V.1.2. A l'innovation

Alter, cité par Zaghmouri (2019), définit une innovation comme un processus permettant de « transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux en de nouvelles pratiques ». L'auteur décrit le processus d'innovation comme une succession de séquences permettant son adoption :

- Elle débute par la modification des habitudes par quelques individus ;
- Ensuite, un phénomène d'imitation est déclenché suite à l'intérêt démontré de ces nouvelles pratiques ;
- Enfin, les nouvelles pratiques sont adoptées et deviennent des routines.

Le contexte de la pandémie du Covid-19 a mis en lumière l'innovation comme un nouveau mode de fonctionnement, une nouvelle méthode d'organisation du travail ou des relations externes qui n'était pas utilisée précédemment dans l'entreprise (Djeflat & Khiat, 2021).

V.1.3. La résilience

La résilience est un concept, selon Cyrulnik, cité par Baptiste et al. (2021), faisant allusion à la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ou la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères (Manciaux, 2001). Le même concept de résilience, peut être vu comme la capacité d'anticiper une perturbation, d'y résister en s'adaptant et de se rétablir en retrouvant le plus possible l'état d'avant la perturbation (Hémond et al., 2010).

Pour Koninckx & Teneau (2010), les facteurs de la résilience permettent aux individus de développer de nouvelles solutions, de changer rapidement de rôle, de se méfier d'une trop grande confiance et de maintenir des relations de confiance dans l'organisation.

V.2. L'enjeu de la gestion des ressources humaines face à la crise sanitaire du Covid-19

La pandémie du Covid-19 nous fait voir que la gestion des ressources humaines a un rôle capital à jouer dans une organisation comme celle du milieu hospitalier, étant donné que la gestion des ressources humaines constitue un ensemble variable de pratiques qui visent à aider l'organisation à résoudre avec efficacité, efficience et équité les problèmes associés aux diverses étapes du cycle d'emploi (Audet et al cités par Bordachar (2021).

Autrement dit, la gestion des ressources humaines est la fonction qui a pour but de mettre en œuvre l'équation entre les attentes et les caractéristiques, forcément différentes, des individus et de l'organisation, dans un objectif de performance (Dejoux et al., 2020). Ainsi, l'idée d'Ulrich (Diertrich & Taskin, 2016) relevée, dans sa typologie, nous paraît bien d'évoquer les différents rôles que la fonction ressources humaines peut jouer dans une entreprise. Nous citons entre autres :

- Partenaire stratégique : le rôle de la GRH est d'aligner la stratégie et les politiques RH sur la stratégie de l'organisation.
- Expert administratif : le rôle de la GRH est de concevoir et de délivrer des processus RH efficaces, c'est le rôle traditionnel de la GRH.
- Agent de changement : le rôle de la GRH est de développer la capacité de changement, entre autres en identifiant et promouvant les comportements qui vont soutenir la compétitivité de la firme.
- Champion des employés : le rôle de la GRH est de gérer les attentes et les problèmes quotidiens des employés.

De ce fait, le département des ressources humaines était en première ligne (tout comme le personnel soignant) lors de cette crise sanitaire de Covid-19 pour développer l'intelligence collective et mettre en œuvre des mesures capables pour faire face à la pandémie afin d'assurer la continuité de l'activité dans les meilleures conditions.

V.2.1. Politiques des ressources humaines à l'hôpital.

La politique des ressources humaines refait davantage surface, en cette période de crise sanitaire du Covid-19 où de plus en plus le rôle de GRH s'avère être en première ligne, dans la mesure où le premier enjeu d'une disponibilité politique de gestion des ressources humaines est

de disposer effectivement de ressources sur le terrain, c'est-à-dire de mettre à disposition de l'institution les compétences requises pour faire face à l'exercice de ses missions pour l'amélioration de l'environnement et les conditions de travail des professionnels en matière de santé au quotidien sont en effet l'enjeu majeur de la politique RH (Lucas, 2014 ; Louazel et al., 2018).

On notera ici que, de par son rôle, la fonction RH est appelée à produire la reconnaissance au travail (Dietrich & Taskin, 2016) pendant la période de la pandémie pour permettre aux soignants qui sont plus mis à contribution de se donner davantage et, de cette façon, ces personnels soignants auront la motivation au travail.

V.2 .2. Place de la reconnaissance pendant la crise du Covid-19

Devant l'ampleur de la pandémie Covid-19, la question de la reconnaissance a été posée avec acuité. Définir ainsi la question de la reconnaissance au travail est utile, d'abord parce que ce concept construit par les philosophes a fait l'objet d'un réinvestissement dans le champ des analyses du travail comme le soulignent Dubet, 2006 et Lallement, 2007 cités par Lépine (2009). La reconnaissance se joue essentiellement dans la qualité des relations qui impliquent les protagonistes des organisations dans l'idée que la communication pourrait éclairer le processus de la reconnaissance au travail. Honneth distingue trois sphères dans lesquelles se réalisent les principes de reconnaissance dans nos sociétés modernes :

- ✓ La sphère de l'intimité ou encore de l'amour où la reconnaissance se joue dans la relation affective et rend possible l'accès à une identité personnelle et à la confiance en soi ;
- ✓ La sphère du droit où la reconnaissance se fonde sur des droits et devoirs égaux entre les individus permettant d'accéder au respect de soi ;
- ✓ La sphère sociale de la collectivité et de la solidarité dans laquelle la reconnaissance est celle de la contribution singulière de chaque sujet à la société et qui autorise l'accès à l'estime de soi.

Le socle de la reconnaissance, qu'on ramène trop vite à une reconnaissance par autrui, tient dans la possibilité de se retrouver dans ce que l'on fait. Il tient à la vérification répétée à plusieurs voix qu'on peut se reconnaître dans quelque chose (De Nanteuil, 2016). Il ajoute, la reconnaissance au travail est aussi cruciale sur le plan de la santé mentale, du fait que le travail peut être une source de plaisir comme de souffrance.

Certains articles de la revue de littérature sur la reconnaissance au travail font penser que la reconnaissance du travail peut influencer positivement le sentiment de sécurité professionnelle parce que l'image positive renvoyée au travailleur le rassure sur la qualité de ses prestations et de ses compétences, elle lui permettrait de se projeter avec plus de sérénité dans l'avenir (Barel, Yves, Frémeaux, Sandrine & Mahieu, Pierre-Alexandre, 2019).

V.2.3. Place de la motivation au travail

Parler de la place de motivation au travail nous convient de définir d'abord ce que c'est ce concept motivation. Plusieurs recherches ont traité cette question liée à la motivation et surtout de la motivation au travail.

Maugeri (2013) nous apprend en effet que la motivation est un processus qui implique la volonté d'effectuer une tâche ou d'atteindre un but, donc un triple choix, à savoir : faire un effort, soutenir cet effort jusqu'à ce que l'objectif soit atteint, y consacrer l'énergie nécessaire.

C'est bien pourquoi, pour Carton et Diez (2013), le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Ils ajoutent dans leur article que la manifestation la plus proche de la motivation est l'ensemble des efforts déployés dans le travail dirigé avec intensité et de manière persistante vers des objectifs attendus. Ainsi, la motivation au travail précise Pinder, est un ensemble de forces énergétiques qui proviennent aussi bien de l'intérieur de l'être humain que de son environnement, pour susciter le comportement lié au travail, et pour déterminer sa forme, sa direction, son intensité et sa durée (Maugeri, 2013).

Il importe de souligner que dans la motivation au travail, il y a deux théories dites « de contenu » et celles dites « de processus ». Les premières s'attachent à identifier, à énumérer, à classer ce qui pousse un individu à adopter tel ou tel comportement. Les secondes tentent d'expliquer l'engrenage des forces et des situations qui déterminent ce comportement (Dietrich & Taskin, 2016).

Grâce aux fruits de recherches de ces deux théories de la motivation au travail, le concept de la motivation se définit comme une force poussant à la satisfaction d'un besoin, laquelle satisfaction apporte plaisir, soulagement ou confort de vie. C'est ainsi qu'Abraham Maslow établit la hiérarchisation des besoins dans sa pyramide :

- ✓ Besoins physiologiques, liés aux éléments de base nécessaires à la vie ;
- ✓ Besoins de sécurité, liés à la protection des dangers, des menaces, des privations ;

- ✓ Besoins sociaux : liés aux relations interpersonnelles, appartenance, acceptation, amitié, amour ;
- ✓ Besoins d'estime ou de reconnaissance de soi : liés au désir de confiance en soi, de respect de soi, sentiments de compétence, de réussite, d'indépendance et d'être reconnu, apprécié ;
- ✓ Besoins d'actualisation, liés à l'accomplissement de soi.

Et Frederick Herzberg, dans sa théorie bi-factorielle, distingue les facteurs d'hygiène et les facteurs moteurs. Les premiers qui penchent sur les conditions de travail, relations humaines qui n'apportent pas satisfaction, mais dont l'absence procure de l'insatisfaction ; les seconds facteurs procurent la satisfaction et nourrissent une attitude positive.

TROISIEME PARTIE : LE MONDE HOSPITALIER EN CRISE : INTERPRETATION DES RESULTATS ISSUS DES ENQUETES SUR TERRAIN

CHAPITRE I : ENTRE PRESSION DU METIER ET SURCHARGE : ANALYSE DES ENTRETIENS

Cette partie nous intéresse particulièrement dans la mesure où elle nous permet d'analyser les données récoltées sur le terrain de personnels soignants qui se trouvaient entre pression du métier et surcharge de travail. Pendant nos entretiens qui se voulaient semi-directifs avec un échantillon de personnes interviewées, composé des personnes qui travaillent dans les milieux hospitaliers et celles ayant souffert de la maladie de Covid-19.

Pour nous faciliter la tâche dans cette analyse, nous avons pris soin d'enregistrer avec la permission des intéressés, tous nos entretiens dont nous avons pris soin de les retranscrire par la suite. Soulignons que nous avons respecté l'anonymat et dans ce contexte que nous avons "anonymisé" les personnes interviewées en les attribuant le nom d'emprunt.

Les différentes personnes faisant partie de notre échantillon, ont été classées dans ce tableau représentatif ci-contre :

Tableau 1 : Présentation des personnes des milieux hospitaliers interviewées

Interviewé(e)	Age	Sexe	Profession	Service	Ancienneté dans le service	Expérience service Covid- 19
Fanny	43 ans	F	Infirmière	Soins palliatifs	22 ans	1 an
Cécile	40 ans	F	Infirmière	Soins palliatifs	20 ans	1 an
Monique	58 ans	F	Infirmière	palliatifs	38 ans	6 mois
Ana	42 ans	F	Infirmière	Service pneumologie	7 ans	1 an
Bernadette	50 ans	F	Infirmière	Gériatrie	10 ans	1 an
Nathan	40 ans	F	Infirmière	Cardiologie	14 ans	1 an
Elie	46 ans	F	Infirmière	Service urgences	5 ans	6 mois

Maria	32 ans	F	Infirmière	Soins intensifs	9 ans	1 an
Béa	58 ans	F	Infirmière	Urgentiste & soins intensifs	38 ans	1 an
Constant	45 ans	M	Infirmier	Equipe mobile	8 ans	1 an
Ben	59 ans	F	Infirmière	Revalidation	26 ans	1 an
Jenny	35 ans	F	Infirmière	Psychogériatrie	3 ans	1 an
Nadine	36 ans	F	Aide-soignante	Soins intensifs	9 ans	1 an
Ange	53 ans	F	Aide-soignante	Gériatrie	5 ans	1 an
Coraline	32 ans	F	Aide-soignante	Service Volant	17 ans	1 an
Stef	58 ans	M	Médecin	Oncologique	23 ans	1 an
Jos	34 ans	M	Médecin	Soins intensifs	5 ans	1 an
Didier	49 ans	M	RH	RRH	8 ans	1 an*
Patrick	37 ans	M	RH	Service paie	5 ans	1 an*

Source : Enquête réalisée sur terrain

Tableau 2 : Présentation des patients Covid-19 soignés à l'hôpital

Patient Covid19	Age	Sexe	Profession	Durée hospitalisation
Nancy	45 ans	F	Aide familiale	1 mois
Elysée	55 ans	F	Assistante sociale	6 semaines

Rex	47 ans	M	Comptable	une semaine
José	65 ans	M	Retraité	2 mois
Célestin	67 ans	M	Retraité	Presque de 2 mois

Source : Enquête réalisée sur terrain

➤ Commentaire sur les deux tableaux représentatifs.

Dans le premier tableau, nous avons rassemblé toutes les personnes interviewées issues des milieux hospitaliers. De ce tableau de 19 personnes interrogées auxquelles nous avons donné le nom d'emprunt, il y a moyen de constater que la majorité de ces personnes est dominée par le sexe féminin, soit 14 femmes contre 5 hommes dont l'âge varie entre 32 ans et 58 ans, soit la moyenne de 44,6 ans. Ces personnes interrogées qui travaillent toutes dans les milieux hospitaliers sont de professions diverses, allant des infirmiers, en passant par les aides-soignantes et médecins, pour terminer aux RH. Notons ici que tous ces cadres hospitaliers, nous les retrouvons dans les services variés de leurs organisations respectives.

En ce qui concerne leur ancienneté, il est à souligner que les plus jeunes dans la profession ont moins de 10 ans d'expérience ou d'ancienneté et les plus expérimentés se font sentir à partir de plus de 20 ans jusqu'à 38 ans d'expérience, sans oublier qu'il y a de celles-là qui ont entre 10 et 20 ans d'ancienneté. La moyenne de l'ancienneté de ces personnes est de 14,3 ans. La majorité de ces cadres de santé ont un an d'expérience dans le service Covid-19, à l'exception de deux personnes qui n'ont travaillé que 6 mois. Coïncidence ou pas, les deux personnes qui travaillaient dans les endroits différents, avaient simplement abandonné, nous y reviendrons dans nos analyses encours.

Les RH n'ont pas travaillé expressément dans le service Covid-19, à proprement parler, ils ont associé leur travail à ce service en théorie et non en pratique.

Dans le premier tableau, nous noterons que le nom des organisations dans lesquelles nos personnes interviewées exercent n'ont pas été cité, c'est parce que les interviews avec ces personnes n'ont pas été faite en accord avec leur organisation. C'est la raison de plus pour respecter l'anonymat des hôpitaux en lien avec nos échantillons représentatifs.

Le deuxième tableau représentatif concerne les personnes ayant souffert de la maladie du Covid-19 et qui ont passé quelques jours voire quelques mois à l'hôpital. Dans ce tableau, nous avons des patients, avec nom d'emprunt dont l'âge varie entre 45 et 67 ans, soit une

moyenne de 55,8 ans. Parmi ces personnes interrogées, nous avons trois de sexe masculin contre deux de sexe féminin, ces personnes sont de professions variées dont deux retraités, une aide familiale et deux de profession d'assistante sociale, et de comptable pour l'autre. Nous soulignons que ces personnes ont été toutes hospitalisées dans nos hôpitaux de la place pour une durée allant d'une semaine à deux mois, comme l'on peut remarquer dans le tableau.

A la lumière de ces deux tableaux commentés succinctement, nous nous amenons à rassembler les éléments importants sortis de nos entrevues :

Tableau 3 : Organisation du travail et crise sanitaire du Covid-19

Interviewé (e)	Codification	Lieu d'interview	Items	verbatim
Fanny	Inf1	Bruxelles	Transformation Communication Méconnaissance du virus Complication Travail en équipe	<i>Notre service a été transformé en unité Covid-19 pendant une année. C'était compliqué parce que les normes changeaient tous les jours</i>
Cécile	Inf2	Namur	Transformation Surcharge Communication Méconnaissance du virus Complication	<i>On a reformé notre organisation de travail par rapport au fonctionnement avant Covid-19 Au début personne ne savait de quoi il s'agissait Il fallait tout le temps s'adapter et se réadapter, et c'était difficile.</i>
Monique	Inf3	Arlon	Transformation Organisation	<i>Notre service n'existait plus, tout a été transformé du jour au lendemain en unité Covid-19 on a essayé de s'adapter</i>

			Communication	
			Travail en équipe	<i>Notre équipe était soudée et solidaire</i>
Ana	Inf4	Teams	Bouleversement	<i>C'était chaotique, on ne savait pas comment s'y prendre</i>
			Communication	<i>L'information n'était pas correctement transmise et la communication était amoindrie</i>
			Travail en équipe	
			Surcharge	<i>Le travail en équipe n'était plus visible</i>
Bernadette	Inf5	Tubize	Transformation	<i>Notre service gériatrie était fermé et transformé en unité Covid-19</i>
			Méconnaissance	<i>C'est une maladie qu'on ne connaissait pas, mais c'est avec le temps on a commencé un peu à la comprendre</i>
			Surveillance	<i>Si tu vois une situation catastrophique, tu appelles les urgences</i>
			Surcharge	
Nathan	Inf6	Bruxelles	Transfert	<i>Il y avait un service spécial pour transférer les patients Covid-19</i>
			Surcharge	
			La peur	<i>Le service était devenu lourd avec la surcharge de travail</i>
			La charge du travail	
Elie	Inf7	Bruxelles	Surcharge de travail	<i>Au début il y avait une surcharge de travail et on était coincé par le manque de matériel</i>
			Carence de personnel	
			La résilience	
Maria	Inf8	WhatsApp	Organisation	<i>Le seul problème, c'est le manque de personnel</i>
			Transfert de personnel	

			Abandon	
			Surcharge de travail	
Béa	Inf9	WhatsApp	Méconnaissance	<i>Nous ne savions pas c'était quoi Covid</i>
			Surcharge	<i>On voyait tout doucement la</i>
			Réunion multiple	<i>surcharge du travail</i>
			Communication	<i>augmenter</i>
			Esprit d'équipe	<i>La RDH communiquait à</i>
			Accompagnement	<i>temps réel avec nos chefs</i>
Constant	Inf10	Bruxelles	Charge de travail	<i>Pour l'unité covid, c'était</i>
			Communication	<i>lourd, difficile même</i>
			Pénurie des matériels	
			La peur	
Ben	Inf11	WhatsApp	Transformation	<i>Notre service était transformé</i>
			Surcharge de travail	<i>en service Covid-19</i>
			Communication	
Jenny	Inf12	WhatsApp	Inquiétude	
			Absence	<i>Beaucoup de personnels</i>
			Manque de matériel	<i>soignants se sont absentés à</i>
				<i>cause de Covid-19</i>
Nadine	As1	WhatsApp	Horaire	<i>Bouleversement de l'horaire</i>
			La peur	
			Surcharge	
Ange	As2	Mons	La peur	<i>Je partais au travail avec une</i>
				<i>boule au ventre</i>
			Transformation	<i>Ils ont trouvé le moyen de</i>
				<i>tout transformer en créant</i>
				<i>deux unités</i>
			Communication	<i>Il y avait une forte</i>
			Distanciation	<i>communication</i>

Coralie	As3	WhatsApp	Organisation	<i>Dans les unités Covid-19, nous étions mieux protégés, il y avait une bonne organisation.</i>
			Changement	<i>L'hôpital s'est adapté au</i>
			Distanciation	<i>changement, tout le monde portait le masque.</i>
			Communication	<i>Entre nous, il y avait parfois incompréhension</i>
Stef	M1	Bruxelles	Communication	<i>La communication était compliquée par le port du masque, limitée avec les collègues</i>
			Réunions à distance	
			Formation	<i>On n'a pas des structures de formation suffisantes</i>
			Manque de matériel	
Jos	M2	Bruxelles	Surveillance	<i>On va essayer de surveiller les patients dont estimait que les paramètres sont inquiétants</i>
			Intervention rapide	
			Suppression	<i>Certaines unités ont été supprimées pour laisser place aux patients Covid</i>
			Communication	
			Déontologie	
Didier	RH1	Teams	Adaptation	<i>C'était d'abord adapté à quoi ? quels sont les vrais défis ?</i>
			Communication	
			Assurer la continuité	
			Mettre le télétravail	
Patrick	RH2	Téléphone	Surcharge	<i>On n'était pas habitué avec une telle surcharge</i>
			La peur	
			Transformation	<i>Il y avait des canaux de communication comme WhatsApp, téléphone, Email</i>
			Communication	
			Télétravail	

Source : Enquête réalisée sur terrain

Tableau 4 : Relations intra-hospitalières et soignant-soigné

Interviewé (e)	Codification	Lieu d'interview	Items	verbatim
Fanny	Inf1	Bruxelles	Esprit d'équipe Incompréhension Conflit Mécontentement	<i>Avec l'équipe d'autres services, il y avait souvent d'incompréhension et parfois de conflit</i>
Cécile	Inf2	Namur	Contact Ecoute Communication Solidarité	<i>On se téléphonait tous les jours, on se soutenait</i>
Monique	Inf3	Arlon	Tristesse Incompréhension Absence des familles Ecoute	<i>Il y avait de la tristesse chez le patient qui restait longtemps sans le soignant</i>
Ana	Inf4	Teams	Contact Téléphone Ecoute	<i>Dans certain cas on prenait contact avec la famille en cas d'intubation</i>
Bernadette	Inf5	Tubize	Contact La peur Empathie	<i>L'empathie était envers les malades qui avaient plus peur</i>
Nathan	Inf6	Bruxelles	La peur Incompréhension Inquiétude Tension Téléphone	<i>Nos relations étaient tendues avec la charge de travail</i>

Elie	Inf7	Bruxelles	La peur Isolement Panique Dérangement	<i>Il y a eu l'impact relationnel entre nous et les patients, ils avaient beaucoup.</i>
Maria	Inf8	Wat	Contact Interdiction de visite Incompréhension	<i>Beaucoup de choses avaient changé au niveau de contact, avec le port de masque</i>
Béa	Inf9	WhatsApp	Esprit d'équipe Agressivité Isolement Distance relationnelle	<i>Avec Covid, l'agressivité était plus du côté de patient qui demandait d'aller mourir entouré de la famille</i>
Constant	Inf10	Bruxelles	Panique Distance relationnelle La peur	<i>Les familles étaient en panique par rapport à leur membre de famille hospitalisé ou décédé</i>
Ben	Inf11	WhatsApp	Tristesse Dégradation relationnelle Téléphone	<i>Il y avait de la tristesse de la part des patients qui ne voyaient plus nos visages.</i>
Jenny	Inf12	WhatsApp	Esprit d'équipe Réunions Téléphone	<i>On était soudés dans l'équipe et on a fait beaucoup de réunions</i>
Nadine	As1	WhatsApp	L'entraide Liens très limités Distanciation sociale Incompréhension	<i>Le travail était lourd, mais il y avait tellement de l'entraide dans l'équipe</i>
Ange	As2	Mons	Téléphone Absence de familles	<i>Absence des familles contribuait à détériorer nos</i>

			Incompréhension	<i>relations avec le patient</i>
Coralie	As3	WhatsApp	Tension	
			Téléphone	<i>Avec l'appel vidéo, on téléphonait aux familles</i>
			Communication	
Stef	M1	Bruxelles	Solidarité	<i>On a développé une belle solidarité de l'équipe</i>
			Grande souffrance	
			Déshumanisation	
Jos	M2	Bruxelles	Interdiction de Viste	<i>Souvent les visites n'étaient pas autorisées</i>
			Inquiétude familiale	
Didier	RH1	Teams	Incompréhension	<i>L'incompréhension était due par l'insuffisance des matériels</i>
			Réunions	
			Travail en équipe	
			Diminution de solidarité	
Patrick	RH2	Téléphone	Contact régulier	<i>On s'est sentis beaucoup connectés, plus intimes qu'avant covid-19</i>
			Bonne collaboration	
			Travail en équipe	
Nancy	P1	Malines	Pas d'écoute	
			Mauvais accueil	
			Sentiment de négligence	<i>J'avais le sentiment d'être négligée voire abandonnée par les soignants.</i>
			La peur	
Elysée	P2	La Louvière	La peur	<i>J'avais beaucoup peur de mourir toute seule</i>
			Attentionné	
			Bonne impression	
Rex	P3	WhatsApp	Mauvais souvenir	<i>Je garde un très mauvais souvenir de</i>
			Abandon	
			Pas d'écoute	

			La peur	<i>mon passage à l'hôpital</i>
José	P4	Bruxelles	Très agréable	<i>A chaque fois que j'appelais les soignants, ils étaient présents, je trouvais ça très agréable</i>
			Ecoute	
			Attentionné	
			La peur	
Célestin	P5	WhatsApp	La peur	<i>Malgré la peur, je restais confiant</i>
			Isolement	
			Pas de contact	

Source : Enquête réalisée sur terrain

Tableau 5 : Accompagnement , soutien de santé mentale et vie privée et professionnelle

Interviewé (e)	Codification	Lieu d'interview	Items	verbatim
Fanny	Inf1	Bruxelles	Motivation	<i>J'aime bien mon travail</i>
			Reconnaissance	<i>J'ai essayé de ne plus trop regarder les médias</i>
			Médias	
Cécile	Inf2	Namur	Reconnaissance	
			Qualité de vie	<i>Il n'y avait plus la qualité de vie au travail</i>
			Emotion au travail	
			Problème d'éthique	
Monique	Inf3	Arlon	Surcharge mentale	<i>J'ai encore les images négatives qui me reviennent en tête</i>
			La peur	
Ana	Inf4	Teams	Soutien psychologique	<i>On avait besoin de soutien psychologique pour notre santé mentale</i>
			Abandon de travail	
			Qualité de vie	
Bernadette	Inf5	Tubize	Motivation	<i>Pour moi, la motivation financière n'était pas un objectif en soi</i>
			Vie de famille	
			Reconnaissance	

Nathan	Inf6	Bruxelles	Qualité de vie Démotivation Soutien familial Sens du travail	<i>Je ne sais pas dans d'autres hôpitaux, chez nous la qualité de travail n'y était pas</i>
Elie	Inf7	Bruxelles	Vie familiale Manque de bien-être au travail Charge mentale	<i>Notre vie de couple était bouleversée, on ne se voyait presque plus avec mon mari</i>
Maria	Inf8	WhatsApp	Médias Valorisation Le confinement	<i>Les médias attisés plus de peur</i>
Béa	Inf9	WhatsApp	Emotion au travail Impact sur santé mentale Perte de sens du travail	<i>Le fait d'emballer les personnes décédées augmentait l'émotion au travail</i>
Constant	Inf10	Bruxelles	Surcharge mentale Encouragement Bien-être au travail Emotion au travail	<i>La surcharge de travail se sentait plus dans la tête</i>
Ben	Inf11	WhatsApp	Reconnaissance Formation Valorisation Motivation	<i>Nos supérieurs nous félicitaient et nous encourageaient</i>
Jenny	Inf12	WhatsApp	Médias Qualité de vie Applaudissement	<i>Les médias en faisaient en ajoutant encore la peur</i>
Nadine	As1	WhatsApp	Perte de sens au travail Bien-être au travail Reconnaissance	<i>Je me suis retrouvée à faire de soins mortuaires</i>

Agne	As2	Mons	Reconnaissance Perte de confiance Le confinement	<i>J'ai eu le sentiment de manque de reconnaissance</i>
Coralie	As3	WhatsApp	Reconnaissance Emotion au travail Le confinement	<i>On pleurait entre nous collègues</i>
Stef	M1	Bruxelles	Santé mentale Intubation Valorisation	<i>On a eu le temps dur qui nous a épuisé mentalement</i>
Jos	M2	Bruxelles	Motivation au travail Q ualité de vie Vie de famille	<i>J'avais peur de contaminer ma famille</i>
Didier	RH1	Teams	Reconnaissance Motivation au travail Sens du travail Bien-être au travail Abandon	<i>Les soignants ne se sentaient pas être reconnus à leur juste valeur</i>
Patrick	RH2	Téléphone	Le confinement Reconnaissance Qualité de vie Sens du travail Bien -être au travail	<i>Le confinement était difficile psychologiquement</i>

Source : Enquête réalisée sur terrain

A l'issue des entretiens réalisés dont nous avons pris soin de retranscrire l'essentiel, mot à mot et de façon intégrale, nous avons pu déceler plusieurs éléments d'items en lien avec notre thématique d'entretien. Plusieurs éléments reviennent dans les trois tableaux. En raison de ces éléments qui se répètent plus de cinq fois chez nos interviewés dans ces différents tableaux, nous avons retenu notamment :

- ✓ La peur : nos différentes personnes interviewées reviennent sur la peur au moins quatorze fois, ce qui peut être interprété que la peur pendant la période de Covid-19 était au centre des soignants et des patients.
- ✓ La communication : lors de nos entretiens, les mots “communication” reviennent au moins treize fois dans les différents thèmes chez nos interviewés.
- ✓ La reconnaissance : la reconnaissance du travail reste une question évoquée dans ce contexte par les cadres hospitaliers et ce mot a été évoqué au moins neuf fois par nos interviewés.
- ✓ La surcharge de travail, c’est un autre point qui est revenu au moins plus de huit fois chez nos interviewés
- ✓ La transformation : la transformation du travail fait aussi partie parmi les éléments évoqués au moins sept fois par nos personnes interviewées.
- ✓ L’incompréhension: ce mot a été cité au moins six fois lors de notre entrevue par les interviewés.

Bien entendu plusieurs autres éléments ont été évoqués lors de cette même entrevue. Il y a lieu de le constater dans les tableaux plus hauts plusieurs thématiques telles que :

Thématique 1 : la peur à l’hôpital en temps de Covid-19

Les réponses de nos intervenants montrent, à travers quelques verbatim ci-contre, à quel point la peur avait beaucoup touché les milieux hospitaliers dans ses différentes unités. Les infirmiers et médecin précisent que : « *Jamais pendant toute cette période du Covid, je me suis tracassée la tête si je pourrais attraper le covid* » INF2 « *La peur, la peur, la peur. Oh quelle peur ? Il y a beaucoup de collègues tombés en burnout à cause de la peur du covid* » Inf6 « *Vous savez, quand vous êtes dans l’inconnu, vous avez peur et vous imaginez plusieurs scénarios* » M2 « *J’avais le sentiment de peur en soi et de me trouver devant le malade et incapable de l’aider* » INF4 « *Plus j’ai regardé les médias, plus ma peur augmentait parce que je voyais de camions remplis de morts* » INF1 « *j’avais aussi peur avec tout ce qui se racontait dans les médias avec le nombre de morts ; du coup, je commençais à penser à ma famille, mes enfants et mon mari* » P1 « *Ma femme prend la décision d’appeler l’ambulance, mais par peur des informations de médias, je l’ai découragée de le faire en pensant que si elle appelait l’ambulance avec cette vague, et le refus de médecin de me recevoir, ce serait l’occasion* » de me perdre facilement »P3

Même échos du côté RH « *Tout le monde avait peur d'être contaminé voire mourir comme d'autres patients, et le fait de confronter la mort tout le jour, augmentait la peur chez les soignants sans distinction* » RH1 « *et quand vous lisez qu'il y a plus de 500 contaminations, autant de personnes aux urgences, aux soins intensifs ou autant de personnes décédées, ah oui ça faisait vraiment peur* » RH2

Thématique 2 : La communication à l'hôpital en temps de Covid-19

La communication revient autant de fois chez nos personnes interrogées, quelques citations tirées de notre entrevue peuvent bien le confirmer. Pour les soignants, « *la communication avec les malades était compliquée par le port de masque et avec les collègues, la communication était limitée* » M1 « *Chez nous, la direction des ressources humaines était en contact avec notre direction, ce qui fait que la communication était fluide et la DRH communiquait en temps réel* » Inf9, « *c'est toujours un briefing chaque matin avec l'infirmier - chef qui nous communiquait à temps réel sur les ordres et consignes reçus du gouvernement fédéral, à travers le Ministre de santé* » AS1 « *La communication était essentiellement basée sur les choses élémentaires* » Inf10, « *on devrait se surveiller si le collègue respectait bien les consignes* » INF11 « *mais il y avait beaucoup de tristesse chez le patient qui restait parfois quatre heures de moment de son appel et avant que le soignant n'arrive* » INF3

Les RH ajoutent : « *mon passé de communicateur m'a beaucoup aidé dans cette fonction RH, je communiquais régulièrement, on avait ce qu'on appelait une lettre d'information Covid sur chacun de site hospitalier* » RH1 « *et nous avons mis en place un outil « Rimbo » informatique et d'autres canaux de communication comme WhatsApp, messagerie électronique qui permettait à la fois des contacts téléphoniques et visuels à distance. Au service RH, on a beaucoup communiqué et communiqué au maximum. La communication restait au centre de notre organisation pour savoir qui fait quoi* » RH2

Les patients interrogés disent : « *la communication avec la famille était coupée. Il y a eu barrière entre moi et ma famille même quand j'insistais d'être en contact avec mes enfants* » P1 « *J'ai eu à communiquer avec ma famille quand je sortais du coma artificiel, mais les personnels soignants médecin et infirmiers étaient présents de temps en temps* » P2

Thématique 3 : La reconnaissance à l'hôpital en temps de Covid-19

Lors de notre entrevue, les cadres hospitaliers ont réagi différemment à cette question :

« De façon globale, il y a eu reconnaissance » R2 « J'ai choisi ce métier RH parce qu'il met l'humain au centre et cela veut dire la reconnaissance et la juste valeur trouvent également leur place, mais beaucoup de nos personnels soignants disaient qu'il y a manque de reconnaissance et ne pas être reconnus à leur juste valeur » R1 « Il y avait des gens qui nous rapportaient des plats cuisinés aux urgences et rien que pour les unités Covid. La reconnaissance n'est pas toujours au niveau financier, mais il faut y tenir compte et le gouvernement doit revoir notre barème » AS3 « On a eu l'impression d'être valorisé et on l'espérait jusqu'au bout quand les gens nous applaudissaient à 20h » INF12 « on nous a beau applaudir chaque soir, mais le salaire est resté le même, or il nous faut un meilleur salaire » INF8 « Ma première reconnaissance quand un malade guéri ou sorti du coma me disait merci madame, c'était beaucoup pour moi » AS1 « Il y avait une reconnaissance de la part de notre hiérarchie, il y avait des mots d'encouragement, de temps en temps de remerciement » INF7 « J'ai eu un sentiment de fierté pour continuer mon métier quand j'ai senti que mes efforts étaient reconnus par les autorités » INF10

Thématique 4 : La surcharge de travail à l'hôpital en temps de Covid-19

En ce qui concerne la surcharge de travail à l'hôpital, les personnes interviewées donnent leur avis en ce sens que : « on était surchargé de travail, tu rentres dans la chambre, il faut donner le médicament, faire la glycémie, prendre le paramètre ; et tu arrives, le patient est mal positionné, tu dois d'abord le positionner alors tu n'as que 10 minutes pour 7 ou 8 patients. Un seul patient te prend déjà le temps, imaginez la suite. Donc c'était lourd. » INF6 « Vue la gravité de l'état des patients, il faut mettre sous respirateur, il faut les équiper ; s'ils ont été intubés, là il faut prendre tout le temps leur paramètre et tout de suite la surcharge du travail augmente » INF9 « Il y avait beaucoup de collègues qui tombaient malades ou qui se sont absentés voire quitté, on se retrouvait parfois à quatre au lieu de huit par équipe. C'est comme ça je travaillais de 7 heures jusqu'à 20 heures. Alors vous imaginez le poids et la surcharge ? » AS1 « Déjà, quand on prend en charge un patient normal et un patient isolé, le temps de travail n'est pas le même ; un patient normal, j'entre avec ma tenue je soigne et je sors, mais un patient isolé, il faut mettre les blouses de protection, le masque, mettre le bonnet, tout ça, ça prend du temps. Je ne sais pas si c'était le même travail en faisant dans chaque chambre, je voyais le travail multipliait par 5 ou 6 » INF7 « La pénurie de personnel a sûrement augmenté la surcharge. La surcharge était double, elle était d'abord physique et la surcharge psychologique et émotionnelle ainsi que la surcharge mentale » RH1 « il y a eu une surcharge de travail impossible, à notre niveau, la surcharge de travail se faisait sentir quand une personne quittait

un service pour passer à un autre service et avec Covid, il avait une masse de personnes qui rentraient et sortaient, avec celles qui démissionnaient alors il savait s'adapter pour leur paie ou pour leur décompte final. C'était lourd dans le service par rapport à tout ce qui est logiciel » RH2

Thématique 5 : La transformation à l'hôpital en temps de Covid-19

Une autre question est celle de la transformation de travail à l'hôpital, nos interviewés nous en parlent davantage : *« certains services jugés moins urgents ont été supprimés pour créer les unités Covid »* M1 *« Mise à part les gestes barrières, je crois que la technologie a transformé le travail à l'hôpital »* INF4, *« l'hôpital avait mis deux IPAD, on faisait des appels vidéo »* AS3 *« Avant de commencer le travail, on était obligés de se changer au moins 2 ou 3 fois avant d'entrer en service. J'arrive au travail avec ma tenue civile dans le vestiaire, je me change en mettant une blouse blanche, blouse normale ; j'arrive dans un autre service, je me change encore en mettant la tenue de l'unité Covid. Ce qui n'était pas le cas avant Covid »* INF6 *« La création d'unités Covid-19 alors qu'il n'existait pas avant. L'unité gériatrique était fermée pour la transformer en unité 21 c'est-à-dire unité Covid »* INF10, *« la transformation, c'est aussi la distanciation, les tâches qui se sont rajoutées, avec le temps de travail »* INF11, *« je n'ai jamais fait autant de gardes de nuit dans ma vie. »* M1 *« On était obligés de fermer certains services, on les a transformés en services confinés ou unité Covid et d'autres services ont fourni les soignants qui s'habillaient comme des cosmonautes et on a dû doubler le staff »* RH1 *« tout ce qui était pris comme mesures sanitaires, port de masque obligatoire, la distanciation sociale, nettoyage des mains avait transformé le travail. Après le basculement de travail en distanciel avec télétravail pour nous de RH. On a continué le recrutement et les entretiens en mode vidéo conférence »* RH2

Thématique 6 : L'incompréhension à l'hôpital en temps de Covid-19

La crise sanitaire eu aussi sa part belle sur l'incompréhension, lors de notre entretiens nous avons constaté de la part de nos interrogés que : *« ce n'était pas facile avec les familles, elles ne comprenaient pas pourquoi les visites étaient interdites »* INF6, *« les familles voulaient à tout prix rendre visite à leur proche, c'était un climat d'incompréhension qui régnait parfois des paroles violentes voire insupportables »* AS2 *« Avec mes collègues de même service palliatif, il n'y avait aucun souci, en revanche avec les infirmiers de service psychiatrie qui se*

sont joints à nous, parfois il y avait beaucoup d'incompréhensions parce qu'on ne voyait toujours les choses de même façon» INF2

CHAPITRE II : HOPITAL SOUS PRESSION : RESULTATS DES ENTRETIENS

Il nous semble maintenant utile de confronter toutes ces données collectées sur base de nos entretiens avec les concepts théoriques. Pourquoi cette confrontation ? La confrontation est importante à ce niveau de notre étude afin de tirer les résultats qui nous soient en cohérence avec la problématique de notre sujet qui est celle de savoir si les RH ont-ils ou non relevé le défi de la surcharge et de la transformation du travail dans le milieu hospitalier au temps de la crise du Covid-19. Pour ce faire, nous allons associer quelques réponses des acteurs rencontrés sur les terrains des enquêtes à quelques thématiques.

Thématique 1 : Organisation du travail et crise sanitaire du Covid-19

Nous avons remarqué dans l'analyse de nos entretiens que l'organisation du travail n'était plus la même avant l'apparition de la crise sanitaire. Evidemment beaucoup de choses avaient, comme nous l'avons ressenti dans les propos des personnes interviewées, le poids de la surcharge de travail sur terrain. En parlant de la surcharge de travail sur terrain, cette fatigue qui apparaît lorsque l'individu n'a plus assez de ressources pour faire face aux exigences de la tâche à réaliser, elle est donc représentée par une hausse de la charge de travail associée à une dégradation des performances (Albentosa et al. 2017).

Pour les RH par exemple, *« les soignants doivent s'habiller comme de cosmonautes, donc il faut vingt minutes pour s'habiller et pour se déshabiller ; c'est très lourd on a très chaud dans cette tenue. Tous les personnels soignants se voient augmenter en eux la surcharge mentale qui provoque du coup l'épuisement total. »* RH1 *« en restant debout toute la journée sans arrêt pour traiter et s'occuper des malades. La surcharge de travail était plus dans l'aspect psychologique et mental de la part des personnels soignants qui se sont donnés corps et âme »* RH2

Les professionnels de santé ont mentionné que *« Avant déjà, on raillait sur la charge de travail existante, mais ça n'avait rien avoir avec celle du Covid, j'ai remarqué que le Covid avait triplé notre charge de travail »* INF2 *« mentalement c'était difficile avec une charge lourde parce qu'il fallait tout le temps voir ce qui se passait étant donné que les machines ne cessaient de sonner et les personnes aussi ne cessaient d'étouffer à cause des machines respiratoires qui ne suivaient plus le rythme normal. Parfois tu travailles en pleurant »* INF4

Certains ajoutent : *« On ne s'arrêtait pas, on était tout le temps en mouvement, d'ailleurs ça nous arrivait de terminer un peu tard. Je me rappelle parfois de quitter le travail vers 16h30 alors que j'ai commencé à 7h. Parfois tu travailles la nuit seulement à deux avec 15 patients, on était obligé de terminer à 9h au lieu de 7h30' Oui, on travaillait comme des robot puisque le rythme de travail n'était plus le même comme avant Covid-19»* INF6 *« Le fait de voir les ambulances en bas de l'hôpital et les brancardiers qui défilaient à tour de rôle, devenait très lourd et émotionnellement le travail n'était plus le même. En plus je sentais une grande émotion au travail quand j'avais constaté le décès de notre médecin - cardiologue venait de mourir. Sa mort avait créé en moi un grand désespoir puisque je faisais partie parfois de son équipe. Du coup, j'étais mal à l'aise, j'ai même perdu le sens du travail. J'ai toujours l'émotion en moi quand j'en parle »* INF 10

Un autre regard est celui du médecin disant : *« il y avait une question qui nous pesait plus était celle de déontologie au moment de prendre la décision de tri par exemple ou d'intubation des malades, c'était toujours de décisions pas facilement à prendre, car c'est une question médicale pour laquelle il faut avoir l'avis de famille en temps normal par exemple. Donc, mentalement tout cela nous traversait l'esprit, je voyais ça chez les collègues des urgences ou réanimations »* M1. Pour le médecin, la déontologie médicale recouvre l'ensemble des principes, des règles et d'usages que le médecin doit observer et dont il doit s'inspirer dans l'exercice de sa profession (www.ordomedic.be)

Thématique 2 : Relation intra-hospitalière

Le contexte de la crise sanitaire a fait évoluer les relations intra-hospitalières, allant même dans tous les sens, d'abord entre soignants ainsi qu'entre soignants et patients. Ces relations étaient un peu mitigées dans le sens qu'il y a eu des aspects positifs ou peu positifs d'un côté à l'autre. Les personnes interviewées nous en rendent compte sur leur expérience. *« En termes relationnels, on est ressortis plus soudés. On s'est sentis beaucoup plus connectés, plus intimes qu'avant Covid-19. Être par exemple en contact avec les responsables d'équipe d'infirmiers et de médecins nous a permis à mieux communiquer »* RH2 *« Les relations se sont détériorées entre nous et les patients parce qu'il y avait d'abord l'absence des familles à cause d'interdiction des visites, en même temps il y avait des patients dont il faut répéter plusieurs fois les consignes d'isolement pour qu'ils écoutent, parfois il faut crier sur eux, nous étions mutuellement incompris »* AS2 *« Entre collègues, c'était difficile si par mégarde un collègue*

te voyait sans masque bah là, oh ! Ça devenait un grand problème à tel point certains ne retenaient pas leurs nerfs à répliquer violemment » AS3

« Il y avait beaucoup de choses d'incompatibles. Quand un patient mourrait par exemple, d'habitude nous devrions prévenir la famille où que ça soit, aux soins d'urgences ou intensifs ou autre service avant de placer le mort à la morgue, mais avec Covid, il fallait vite tout emballer le patient décédé en double sac. Et tout ça, c'était quelque chose d'épouvantable pour les familles qui se mettaient en colère avec beaucoup d'injures, d'incompréhension et d'agressivité » INF9 « Absence de dimension spirituelle pour les patients décédés dont on ne pouvait faire le rite religieux et dimension éthique pour les patients décédés qui devraient être mis directement dans les housses ou sacs mortuaires et embarquait directement à la morgue » INF2 « Le travail était surchargé et lourd mais il y avait tellement l'entraide et la solidarité à tel point que on ne sentait pas cette charge de travail qui nous terrassait » AS1 « Tellement les patients avaient peur de personnels soignant par leur habillement, ils ne nous voyaient qu'avec masque et ne voyaient que nos yeux, mais ne nous reconnaissaient pas du tout avec la visière et le masque. D'où, on avait pris une photo de l'équipe soignante pour rassurer les patients et en mettant nos noms dans le badge » INF12 « Pendant le temps du Covid-19, on a développé une belle solidarité de l'équipe. C'est une des rares fois on eut l'impression que tout l'hôpital aussi bien qu'à l'administration que les personnels techniques, on était tous ensemble. Mais je pense qu'on a sous-estimé l'impact émotionnel et relationnel des patients et leurs membres de familles. Je me suis rendu compte après que j'étais trop sévère, beaucoup fixé sur l'aspect sécuritaire et sanitaire par rapport aux relations » M1 « J'avais remarqué l'écoute de la part de l'équipe de soignants, le médecin m'expliquait tout ce qu'ils allaient faire sur mon corps, il m'avait d'ailleurs proposé de faire un choix d'être intubé ou pas. Et quand j'étais sorti du coma, ils étaient tous présents » P4 « sauf que je me sentais un peu moins considéré quand on nous déposait à manger devant la porte, nous signifiant à distance même que monsieur, votre nourriture est devant la porte » P5

Thématique 3 : L'enjeu GRH face à la crise

Il en résulte finalement que la crise sanitaire avait touché toutes les unités hospitalières. Il était question d'accompagner tous les changements qui se sont vus produire par cette dite crise de covid-19, ce qui signifie que les RH étaient appelées à relever les défis face à cet environnement changeant afin d'accompagner les soignants pour une bonne adaptation dite à cette nouvelle organisation inédite du travail. Manifestement, l'hôpital s'est dirigé vers la

transformation du travail de façon étendue y joignant l'innovation. C'est un des enjeux RH pour assurer la continuité des activités à l'hôpital car, pour les travailleurs, les transformations sont signe de progrès lorsque leurs conditions de travail s'améliorent, les modes de travail leur permettent de s'épanouir dans leur conscience (Feltesse et al. 2009). Ainsi plusieurs transformations de travail ont eu lieu dans les milieux hospitaliers comme nous l'avons constaté à travers nos personnes interrogées.

Pour nos RH interrogés, la situation de la surcharge a eu un impact et cela a conduit aux adaptations que devrait subir l'hôpital par « *identification des portes d'entrée distinctes, des salles d'attentes, création de zone covid, avec de code rouge, jaune ou vert. Ce qui nous a obligés aussi de fermer certains services pour le transformer en unités Covid qui ont été créées. Beaucoup comme par exemple la salle de réveil pour l'hôpital du jour et d'autres services ont été réduits pour être transformés en services confinés pour certains patients à isoler ou transformés en unités Covid-19, ou élargir les services de réanimation, en bloc opératoire vu le flux de malades* » RH1. Autrement dit, « *Le travail était transformé à un niveau jamais vu auparavant dans tout ce qui était comme mesures sanitaires, port de masque obligatoire, la distanciation sociale, nettoyage des mains, la présence de télétravail pour nous autres de RH ou d'autres services qui ne pouvaient être sur terrain. D'ailleurs le télétravail devenait maître mot ; notre système de fonctionnement a changé aujourd'hui, on peut travailler deux jours en télétravail et le reste en présentiel* ».

RH2 Le télétravail qui désigne une forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon régulière (Planterose, 2014), a beaucoup pris la place dans l'actualité pendant cette période de crise sanitaire dans le monde des entreprises. Même échos du côté des soignants qui devaient aussi s'adapter sur le terrain grâce à tout ce qui était mis en place comme adaptation « *dès le début de la grande vague l'urgence était transformée de lits simples en lits Covid-19, augmentant du coup les capacités des équipes, mon équipe par exemple était composée de 4 personnes avant la crise sanitaire et avec le renfort, l'équipe avait la capacité de 15 personnes à gérer. Toute la structure des soins a été repensée pour adapter la prise en charge des patients Covid-19 et non - Covid* » M2 « *L'attention était tellement focalisée sur les patients Covid-19, à tel point que beaucoup d'autres services étaient fermés et leurs membres portaient renforcer les unités créées à l'occasion et la technologie y était aussi pour quelque chose, grâce à elle on a pu innover de façon inattendue et inhabituelle notre manière de travailler. On a su travailler avec d'autres collègues par visioconférence pour passer les*

informations avec certains collègues de France par exemple, communiquer avec d'autres services de l'hôpital qui travaillaient à distance » M1, les technologies de l'information et de la communication ont aussi profondément transformé la manière dont le travail est organisé (Feltesse, 2009)

« Le service RH a fait le maximum, il y a eu beaucoup d'imagination dans notre travail pendant le Covid-19 de par notre habillement il fallait par exemple s'habiller de la tête au pied, rester dans une chambre de 7h30 à 12h30 avec parfois 27° ou 28° de chaleur. On travaillait par exemple de 7h à 14h non-stop sans boire, sans parfois aller aux toilettes voire jusqu'à la fin de service. Il n'était plus question de s'habiller ordinairement, tu dois respecter le port des lunettes, d'échalotes, mettre les masques FFP2 en ajoutant un autre masque » INF9

A la lumière de résultats de ces entretiens, nous pensons qu'un chapitre pour discuter de ce travail et ses limites soit important.

CHAPITRE III : DISCUSSION ET LIMITES DE TRAVAIL

Ce chapitre nous mène à conclure notre travail en passant par la discussion et les limites d'étude entreprise.

III.1. Discussion

Nos enquêtes réalisées nous montrent à quel point la continuité des activités à l'hôpital relevait d'un défi pour les RH qui devaient être présentes dans son rôle d'accompagnateur. Pour eux la meilleure façon d'accompagner les personnels soignants sur tout ce changement et bouleversement à l'hôpital dû à cette crise sanitaire était axé sur le bien-être, la communication « *Grâce à la communication, on a su accompagner les adaptations ou les changements qui ont eu au niveau de l'hôpital dans tous les domaines presque. Je dirai que la communication nous a aussi permis de relever un peu le défi* » RH2, le travail en équipe et la reconnaissance ainsi que le soutien psychologique.

Les RH reconnaissent être prises de court avec l'ampleur de la crise sanitaire qui a touché le monde entier à la différence de certaines crises qu'a connues la Belgique par exemple la dernière crise liée aux attentats de 2016. « *Nous avons lancé le plan d'urgence hospitalière qui n'a duré que quelques jours avec les attentats de Bruxelles, on soigne 200 personnes arrivées blessées, mais dans une semaine ou deux semaines, c'est fini, on n'est plus dans l'urgence. Mais avec le Covid-19, on était tout le jour dans les urgences depuis un an et demi* »

A la suite des analyses de nos entretiens, il serait prétentieux de dire que les RH ont su relever le défi néanmoins les responsables pensent d'avoir fait l'essentiel pour maintenir les soignants qui étaient réellement surchargés de travail. Nous pensons comprendre que la surcharge de travail qui a beaucoup joué, par le fait qu'il y a eu beaucoup de travail dans d'autres services partis renforcer les unités Covid provoquant en même temps un déséquilibre dans lesdits services. Nous avons vu combien l'intelligence collective a été mise à contribution pour chercher des solutions intermédiaires avec les recherches approfondies en un temps record avec l'apparition du vaccin Covid-19. Ce qui est une opportunité créée par cette crise. Nous avons également constaté que la solution numérique était un facteur-élément combien important qui a non seulement contribué à la transformation du temps, mais a permis d'innover le contact dans les relations à distance entre patient et leur famille.

Nous avons entre temps retenu de notre étude une situation atypique et nous avons aussi compris que les soignants, au-delà de leur engagement dans leur métier, restent des humains

qui vivent la même chose avec la population. Ils ont donc tout donné et se sont donnés corps et âme pour la guérison de leurs semblables. On peut même les tenir pour des « héros » de l'histoire au regard des conditions de travail qui étaient les leur pendant la pandémie covid-19. Il eut beaucoup de fatigues dues à la pression sociale. Par ailleurs, les enquêtes menées nous ont fait voir que tous les soignants n'ont pas vu les choses dans le même contexte, certains ont même cru être abandonnés à leur triste sort, prenant eux-mêmes en premier l'initiative sur leur bien-être *« les autorités ne se rendaient peut-être pas compte que le bien-être était oublié au début alors que la qualité de vie au travail diminuait par manque d'accompagnement des personnels soignants »* AS1

C'est ainsi qu'ils se soutenaient psychologiquement avant que les autorités n'interviennent. A cela on peut ajouter aussi le manque de reconnaissance qui est quelque part conséquence de cette surcharge de travail. L'une des personnes interviewées pense que le manque de reconnaissance joue sur la motivation, pour elle *« tant que la motivation de soigner est suffisamment forte, je pense que chacun de nous est capable d'aller au-delà de ses capacités et mobiliser la force et l'énergie »*M1

Ce n'est pas tout. Nous avons constaté que la démotivation était liée par plusieurs facteurs, mais le facteur principal qui a le plus attiré notre attention, était la difficulté de concilier la vie privée et la vie professionnelle dans ce contexte très particulier. Ce sentiment est partagé par notre INF7 : *« je n'avais plus la motivation quand ça devenait compliqué pour notre enfant. Moi et mon mari, nous étions en première ligne. Vu qu'il travaille dans le service de distribution de l'alimentation, donc c'était compliqué pour notre fils de 9 ans dont les voisins ne pouvaient plus accueillir par peur d'être contaminés. Ce qui fait que mon mari avait changé son horaire de travail, pour travailler la nuit afin de garder l'enfant la journée. Ce qui avait bouleversé notre vie de couple, c'était presque une séparation »*.

En dépit de ces conditions, d'autres soignants pensent que certaines conditions de travail étaient relativement bonnes pour qu'ils s'engagent davantage. Tel le témoignage de notre INF9 : *« le service des ressources humaines a relevé le défi par son accompagnement, son engagement et sa présence. Beaucoup de choses en termes de changement ou transformation de l'hôpital étaient bien planifiées par les RH, toujours il y a eu contact permanent avec d'autres services qui étaient en première ligne »*. Ces soignants pensent être bien traités et que tout était mis en place et qu'il y a eu l'accompagnement de la part des autorités hospitalières qui se sont fait remarquer par leur présence. Tout cela a été mis sur place pour combattre le

virus. Car, la méconnaissance de celui-ci au début de la pandémie avait eu beaucoup d'impacts moins positifs avant de trouver des solutions intermédiaires.

Du côté des personnes interrogées, nous pouvons ainsi retenir que presque toutes ont admiré le dévouement de soignants et la fierté de ceux-ci d'avoir fait, au mieux de leur compétence ce qu'ils devaient faire ; ils ont montré la capacité de leur "vocation".

III.2. Limites de recherche

Notre posture en tant qu'étudiant, curieux de savoir ce qui se passe sur la surcharge et la transformation de travail à l'hôpital en période de la pandémie du Covid-19, a constitué sans doute un handicap pour disposer des informations que nous aurions souhaité avoir auprès des acteurs de l'hôpital. Cela s'est d'ailleurs fait sentir lors de nos différentes demandes envoyées pour arracher un entretien ou même pour dialoguer à partir de nos téléphones. Il faudrait insister sur cette difficulté dans la collecte des informations utiles dans la rédaction de notre travail. Cette difficulté est une de nos limites dans la constitution du présent travail..

A cela il convient d'ajouter le fait que notre recherche ne nous a pas donné la possibilité de mener des entretiens dans une organisation cible où nous pourrions avoir les informations phares pouvant nous être utiles étant donné que l'hôpital constitue une structure très large avec plusieurs unités ou services en son sein. Nous avons ainsi été confronté au refus d'accéder aux informations liées à une structure sanitaire précise. Nous avons ainsi mené nos enquêtes de manière isolée hors de toute structure hospitalière.

Cependant, malgré cette limité, nous avons ciblé quelques services de l'hôpital. Nous aurions pourtant aimé palper de nos mains la réalité de la pandémie pour y découvrir les causes profondes de la maladie et les raisons de l'abandon de certains acteurs ou encore la part de souffrance des bénévoles ou étudiants venus à la rescousse des hôpitaux. Bien entendu, nous aurions aimé voir les statistiques de personnels soignants ayant abandonné ou quitté le métier en raison de la surcharge que cela a occasionnée. Nous aurions également préféré étendre cette étude jusque dans les maisons de repos pour mieux comprendre le phénomène Covid-19, mais l'occasion ne nous en a pas été donnée.

Mais qu'à cela ne tienne, nos entretiens ont tout de même eu un avantage de récolter un bon nombre d'informations utiles. Il serait bon de poursuivre les enquêtes car nous nous sommes seulement focalisés sur la première vague et nous n'avons pas pu poursuivre l'étude sur les autres vagues de la pandémie. En même temps, par ses diverses unités de soins, l'hôpital constitue une vaste organisation du point de vue organigramme, ce qui devrait être un grand

chantier de recherches pouvant nous aider d'avoir une plénitude d'informations dans plusieurs unités de soins ou d'autres services; sauf que nous nous sommes limité avec quelques unités ou service seulement qui se trouve à l'hôpital.

III.3. Perspectives

Comme nous l'avons dit plus-haut, les RH de milieux hospitaliers ont été confrontées à un grand défi qui n'était le moindre. Certes, le travail a été fait pour accompagner tous les changements et prêter l'attention sur la surcharge de travail, mais nous pensons qu'elles peuvent encore focaliser leur attention à notre modeste proposition :

- ✓ L'inventivité technologique a permis que le patient soit en contact direct avec leur membre de famille, cet aspect devrait faire l'objet d'étude à l'avenir pour voir davantage comment le patient devrait être très proche de sa famille en cas de circonstance similaire.
- ✓ Nous avons vu comment le travail à l'hôpital était transformé avec la fermeture de certains services. L'idéal serait de construire des hôpitaux ou centres hospitaliers voire les infrastructures capables d'accueillir les nouvelles épidémies, dans la même lancée avoir les soignants de réserve (comme à l'armée) qui peuvent être mobilisés à tout moment que le pays est frappé par les crises de cette dimension.
- ✓ Nous avons appris lors de nos enquêtes sur le terrain que les soignants changés d'une unité habituelle à d'autres, ce qui supposait sans formation au préalable, d'où il faut penser à la formation liée à la question d'employabilité pour une amélioration des conditions de travail.
- ✓ La question du bien-être doit encore et davantage être approfondie, certes le service psychologique était présent, mais sa présence doit être très permanente, par exemple, en augmentant des cadres formés à pouvoir accompagner ou en étant premier à prendre d'initiative d'écoute. Prévoir d'autres initiatives sous forme d'ateliers d'expression pour aider les soignants à libérer les paroles post-covid.
- ✓ Autre chose qui serait aussi intéressant que les milieux hospitaliers pensent à des formations en simulation eu égard de cette crise afin de voir comment le manque de personnel peut être comblé plus tôt que prévu, pour mieux prévenir.
- ✓ Il n'est question ici de parler de croyance religieuse, vu que la dimension spirituelle revenait souvent lors de nos différents entretiens, nous pensons qu'à l'avenir cette question pourrait faire l'objet d'étude.
- ✓ L'encadrement de médias, il est vrai que sans les médias le monde ne sera pas au courant ; de tout ce qui se passe à notre planète, mais nous pensons qu'il faut renforcer

cet encadrement dans un moment comme celui de la crise sanitaire. Et la tâche relève des autorités politiques, car il y a moyen de bien filtrer l'information qui n'ajoute pas une recrudescence ou une psychose de plus aux personnes engagées sur terrain.

CONCLUSION

Notre recherche arrive à son épilogue, notre sujet de travail nous a amené à comprendre le fonctionnement du milieu hospitalier, plus encore dans un climat très particulier dit à la pandémie sanitaire. Ce travail est un enrichissement pour nous qui nous sommes lancés avec ignorance dudit milieu hospitalier. Grâce à notre curiosité, nous avons appris beaucoup de choses intéressantes et nous avons tenté de comprendre les effets du Covid-19 sur l'évolution du travail à l'hôpital, entre soignant et patient.

En juxtaposant les théories de notre littérature et les informations recueillies sur le terrain, nous disons sans risque que les RH ont fait le nécessaire pour relever les défis de surcharge et la transformation du travail provoquées par la crise sanitaire du Covid-19 à l'hôpital. Il nous a semblé impossible de conclure à une sous-estimation de cette question de la part des RH au moment où le Covid-19 reste encore d'actualité.

Nous basant sur la première vague, nous pensons que le service RH, comme tout le monde du travail voire le monde entier, a été pris par surprise par cette pandémie qui avait mis le monde dans le chaos. En menant cette étude, nous avons tenté de comprendre les conditions de travail de soignants et toutes ses composantes, en passant par les relations entre soignant et soigné à l'hôpital pour aboutir à l'organisation de l'hôpital au temps du Covid-19 ainsi que l'enjeu de sa gestion par les ressources humaines. Les analyses et les résultats des enquêtes menées comme les détails par notre travail montrent la façon dont les RH ont accompagné les changements pendant cette crise sanitaire à l'hôpital. Les RH en utilisant différents types de management pour garantir la continuité de travail et consolider les relations intra-hospitalières, ont été à la hauteur de leur tâche.

Dans la limite de notre recherche, nous retiendrons que mener des recherches sur l'hôpital n'est pas évident étant donné l'immensité de la structure de celui-ci ; ce qui fait que ce travail reste un vaste chantier pour les recherches futures.

Ainsi donc, il ne reste qu'à formuler un souhait pour l'avenir en demandant que le monde politique tire toutes les conséquences possibles d'une telle pandémie en vue de proposer à moyen terme et à long terme ce qu'il conviendrait de faire en pareille situation. Il est souhaitable

de consolider les soins de santé ainsi que les équipes soignantes qui ont démontré quelque part leur capacité à éviter l'hécatombe à l'italienne.

BIBLIOGRAPHIE

➤ **Ouvrages.**

- ASPRH, (2021), La Gestion des ressources humaines face à la Covid-19, Dakar, L'Harmattan – Sénégal.
- Austier, D .et al., (2018), Du changement à la transformation Stratégie et pilotage de transformation, Malakoff, Dunod
- Barabel, M. et al., (2017), Innovations RH Passer en mode digital et agile, Malakoff, Dunod.
- Beaujolin-Bellet, R., (2004), Aux sources des flexibilités : quelles transformations ?, Flexibilités et performances, pp.9-19
- Bender, A.-F. & al., (2012), Fonctions RH Politiques, métiers et outils des RH, Pearson, Paris 3^{ème} Ed.
- Bilodeau, C. et al., (2010), Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité Étude de cas dans le secteur des services, Montréal (Québec) , IRSST.
- Bonnet – Suard, A., (2020), Reconnaître le burn-out. Agir contre l'épuisement émotionnel et se retrouver, Paris, Ed. Eyrolles.
- Brun, J-P. & Nguyen, C., (2021), Santé psychologique au travail et Covid-19, Louvain – la – Neuve, De Boeck Supérieur
- Canoui, P. & Maurages, A., (2015), Le burn-out à l'hôpital (5^{ème} Edition), Elsevier Masson, , Issy-les-Moulineaux Cedex.
- Colombat, P., (2020), Démarche participative et la qualité de vie travail (2^e édition), Lamarre, Ruel -Malmaison.
- Curchod, C.,(2009), Relation Soignants-Soignés. Prévenir & dépasser les conflits, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Danos, J.-P. & Garcia-Gil, M., (2018), Guide pratique de la gestion du temps et des plannings à l'hôpital : un outil de travail performant pour la gestion des ressources humaines à l'hôpital (4^{ème} édition), Bordeaux, LEH Edition.
- De Nanteuil, M., (2016), Rendre justice au travail, Paris, PUF
- Dejours, C. (2018), Souffrance au travail. Comprendre, prévenir, agir à partir de cas concrets (2^e édition), Lyons, Chronique sociale.

- Dejoux et al., (2020), Fonctions RH : des stratégies, métiers et outils en transformation, Montreuil (5^{ème} édition), Pearson.
- Delbrouck, M., (2003), Le Burn out du soignant le syndrome d'épuisement professionnel, Bruxelles, De Boeck & Larcier S.a
- Demestte, D., & al. (2014), Transformations du travail : regards multidisciplinaires, Presses universitaires de Louvain, Louvain – la – Neuve
- Depelteau, F., (2000), La Démarche d'une recherche en sciences humaines, Bruxelles, De Boeck Université.
- Diertrich, A. & Taskin, L., (2016), Management Humain, Louvain – la – Neuve, De Boeck.
- Dumez, H. & Minvielle, E., (2020), Le système hospitalier français dans la crise Covid-19, Palaiseau, Centre de recherche en gestion.
- Dumez, H., (2021), Méthodologie de la recherche qualitative (3^{ème} édition), Paris, Vuibert.
- Fayon, D. & Tartar, M., (2022), Transformation digitale 2.0, Pearson, Paris
- Feltesse, P. et al., (2009). La santé au cœur de la transformation du travail, Louvain – la -Neuve, Presses universitaires de Louvain
- Gollac, M. & Volkoff, S., (2007), Les conditions de travail, Paris, la Découverte.
- Guarnieri, F., & Zawieja, P., (2014), Dictionnaire des risques psychosociaux, Paris, Editions Seuil.
- Kletz, F. et al., (2014), L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir (1^{ère} édition), Paris, Presses des mines.
- Koninckx, G. & Teneau, G., (2010), Résilience Organisationnelle, Bruxelles, De Boeck
- Légeron, P. (2003), Le stress au travail, Paris, Odile Jacob
- Louazel, M. et al., (2018), Management en santé Gestion et conduite des organisation de santé, Rennes, Presses de l'EHESP
- Lucas, A., (2014), Le développement des ressources humaines (2^{ème} édition), Rennes, Presses de l'EHESP Volume 2.
- Manoukian, A., (2016), La souffrance au travail Les soignants face au burn-out (2^{ème} édition), Lamarre, Ruel -Malmaison.
- Maugeri, S. (2013), Théories de la motivation (2^{ème} édition), Paris, Dunod

- Mestrs, P.& Peters, S., (2007), Vaincre l'épuisement professionnel, Paris, Robert Lafont.
- Michel M., Thibault, L. & Walicki, M., (2016), Les RPS à l'hôpital, Ed. Lamarre
- Mintzberg, H., (1982), Structure et dynamique, Paris, Editions d'Organisation
- Moussier, C., (2018), Gestion des risques en établissement de santé (2^{ème} édition), Foucher, Paris.
- Neboit, M. & Vézira, M., (2007), Stress au travail et santé psychique, Toulouse, Octores Ed
- Negura, L. & St-Amand, N., (2008), La transformation du travail et les jeunes : quelle place pour le service social ? Reflets, Vol. 14, pp.10-14
- Nobre, T., (2013), L'innovation managériale à l'hôpital 14 Cas de mise en œuvre, Paris, Dunod
- Nobre, T., (2020), L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience, Caen, Editions EMS.
- Pezé, S. (2015), Les Risques psychosociaux, Paris, Vuibert.
- Phaneuf, M., (2016), La relation soignant-soigné. L'accompagnement thérapeutique (2^{ème} édition), Québec, Chenelière Education.
- Planterose, P., (2014), Télétravail. Travailler en vivant mieux, Paris, Eyrolles
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L., (2011), Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod
- Roux-Dufort, C. , (2000), La gestion de crise. Un enjeu stratégique pour les organisations, Bruxelles, De Boeck.
- Sutter, P-E., (2021). Encourager le bien-être au travail (3^{ème} édition), Le Mans, Gereso Edition.
- Van Campenhoudt et al., (2017), Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod
- Vendramin, P., (2007), Enquête, Temps et travail Temps, rythmes de travail et conciliation des temps sociaux, Namur, Fondation Travail - Université ASBL.

➤ **Articles & Revues.**

- Albentosa, J. et al., (2017), Surcharge de travail en fonction de l'environnement de conduite, de l'expérience des conducteurs et de leur état interne, Le travail humain, vol.80, pp.395-416.
- Alderson, M., Boivin-Descrochers, C.,(2014), Les difficultés / souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail, Recherche en soins infirmiers, n°118, pp.85-96.

Anceaux, F. et al., (2008), Définition d'aides instrumentales pour la gestion de crise à l'hôpital : « Le plan blanc », Presses Universitaires de France, « Le travail humain », vol.71, pp.297-322.

Anton, P., (2020), Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français, Question(s) de management, n° 29, pp.45 – 59.

Barel, Y., Frémeaux, S. & Mahieu, P.-A., (2019), Reconnaissance du travail et insécurité perçue de l'emploi, Revue Management & Avenir, n°110, pp 37-58.

Baret, C. et al., (2021), Applaudissements, remerciements, moyens de bien faire leur travail, qu'attendent les agents hospitaliers comme signes de reconnaissance ?, Relations Industrielles/ industrial Relations, vol. 76, n°2, pp. 291-311.

Baret, C., Prioul, C. & Randon, S., (2009), La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale, Management Prospective « Management & Avenir », n°49, pp. 133-149.

Barthe, B. et al., (2009), Organisation du travail à l'hôpital : comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail <https://www.researchgate.net/publication/263510766>.

Bastide, T. (2014), Quelle organisation hospitalière en cas de crise ?, Urgences 2014, consulté le 22 mai 2022 à l'adresse [090.pdf \(sfmu.org\)](https://www.sfmuh.org/090.pdf)

Benallhah & Domin, (2017), Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013, DARES « Travail et emploi », n°152, pp.5-31.

Bernier, D. & Larivière, C., (1997), La transformation de l'organisation du travail vécue par des travailleurs sociaux québécois, Nouvelles pratiques sociales, vol.10, pp.99-108.

Bloch, A. & Nabat, E., (2009), Pérennité organisationnelle et transformation Concilier l'inconciliable ?, Revue française de gestion 2009/2, n°192, pp.113 – 126.

Bonneville, L. (2005), Le malaise des soignants sous pression à l'hôpital, par Yvan Sainsaulieu, Paris, L'Harmattan, Relations industrielles/ Industrial Relations, vol. 60 <https://doi.org/10.7202/012164ar>

Bousser, M. (2022), Les facteurs d'adaptabilité des personnels de santé contributifs à la résilience hospitalière et les leviers managériaux mobilisés, Projectique 2022/HS, pp.33 – 55.

Brami, L. et al., (2013), Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnes soignants, Management Prospective « Management & Avenir », n°61, pp.168-189.

Brunet, S. et al., (2020), Planification d'urgence et gestion de crise La Belgique face à la pandémie de Covid-19, Courrier hebdomadaire du CRISP, pp.5-68.

Carricaburu, D. et al., (2008), Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, Santé Publique, vol. 20, pp.57-67.

Carton, P. & Diez, R., (2013), De la reconnaissance à la motivation, L'Expansion Management, n°150, pp.104-112.

Cegara, J. et al., (2013), La charge mentale de travail : un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique, Le travail humain, vol.76, pp.285-308.

Chabrol, F. & Kehr, J., (2018), L'hôpital, Anthropologie & Santé, consulté, le 13 mai 2022 à l'adresse <http://journals.openedition.org/antropologiesante/2997>.

Chahouati, W. & Kirmi, B., (2019), Le changement dans le milieu hospitalier : revue de la littérature et proposition d'un modèle de changement par une démarche Qualité, Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit, n° 10, vol. 4, n°2, pp.441-449.

Combaudon C. & Fouré-Joopen, H., (2020), L'amélioration de la qualité du management comme facteur d'implication et de fidélisation du personnel des EPHAD en milieu hospitalier, Recherches en Sciences de gestion, pp.169-196.

Dakhlaou, A., (2011), Conditions de travail et risques professionnels : synthèse et analyse de la littérature, Revue Management & Avenir, n°41, pp. 70-88.

Daloz, L., Balas, M.-L. & Bénony, H. (2007), Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative. Santé mentale au Québec, vol.32, pp.83-96.

Desrumaux, P. et al., (2016), Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Etude exploratoire auprès d'aides-soignants, Bulletin de psychologie, n°541, pp.19-34

Dicaire & Laprise, (2017), Guide de négociation sur la charge de travail, Service des relations du travail, Décembre 2017, consulté le 19 décembre 2022, à l'adresse [CSN_SRT_couv_guide_NegoChargTrav.indd](#)

Djefflat, A. & Khiat, A., (2020), L'innov'aaaction et le management organisationnel : quelles mutations et quels enjeux face à la pandémie ?, Ad machina, n°4, pp. 135-154.

Fièr, D. et al. (2011), Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital, Journal d'économie médicale, Vol.29, pp.277-293.

Formarier, M., (2007), La relation de soin, concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers, n°89, pp.33 – 42.

Frimousse, S., & Peretti, J-M., (2020), Concilier distance et proximité, nouveau défi managérial, EMS Editions, pp.107-150.

Fuchs et al., (2018), La qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico - sociaux : co-construction d'une méthodologie d'enquête, consulté, le 30 mars 2022, à l'adresse <https://journals.openedition.org/pistes>

Gaudry-Muller, A., (2015), Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel, Recherche en soins infirmiers, n°122, pp. 44-51.

Haberev-Knuessi, V. & Obertelli, P., (2017), La relation soignant-Malade face au risque de la confiance, Sociologies pratiques, n°35, pp.107-117.

Haberev-Knuessi, V. et al., (2013), L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier, Recherche en soins infirmier, n°115, pp.8-18.

Haddaji, N. et al., (2021), Effets de l'agilité organisationnelle sur le stress professionnel des cadres de santé français à l'ère de la Covid-19.

Has, (2016), Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins, Janvier 2016, consulté le 8 décembre 2021, à l'adresse www.has-sante.fr

Heeb, J.-L. et al., (2013), L'enjeu communication dans le système hospitalier, Recherche en soins infirmiers, n°115, pp.8-18.

Hémond, Y. et al., (2010), L'évaluation de la résilience organisationnelle, Télescope, Vol.16, n°, pp. 131-153, consulté le 15 janvier 2023, à l'adresse enap.ca

Idoh, K., (2020), Le Confinement dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, Laboratoire de Physiologie-Pharmacologie Université de Lomé, consulté le 15 novembre 2022, à l'adresse lecames.org

Klein, T. & Long, K., (2013), Conditions de travail, organisation du travail et usages des TIC selon les métiers Une exploitation de l'enquête Conditions de travail, n°2013-03, Février 2013.

Kohen, J. E. et al., (2020), Crise sanitaire & stratégies de communication, Septembre 2020 consulté le 30 octobre 2021, à l'adresse smmg.ma

- Kurschat, C. (2020), Crise sanitaire 2020 : Entre sens et résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins, De Boeck Supérieur, « Projectique, 2020/HS », pp.11-32.
- Légeron, P., (2008), Le stress professionnel, L'information psychiatrique, vol.84, pp. 809-820.
- Léonard, J.M., (2009), Les conditions de travail du personnel soignant, Santé conjugée, n°47, pp. 60-64.
- Lépine, V., (2009), La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante. La communication des cadres de santé. Pour une approche communicationnelle de l'individu au travail, Communication & organisationnelle. Revue scientifique francophone organisationnelle, n°36, pp.96-107.
- Lhuillier, D., (2010), L'invisibilité du travail et l'opacité des liens santé – travail, Sciences sociales et santé, vol.2, pp.31-63.
- Manciaux, M. (2001), La résilience Un regard qui fait vivre, Etudes , Tome 395, pp. 321-330.
- Meek - Bouchard, C., (2021), Les professions de soin en temps de COVID-19: vers une valorisation du care?, Nouvelles pratiques sociales, vol. 32, n°1, pp.375-392.
- Pollack, C. & Ricroch, L., (2016), Les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ?, Revue française d'économie, vol. XXXI, pp. 181-220.
- Rivière, A.,(2019), Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public L'effet modérateur des stratégies d'ajustement, Revue française de gestion, vol. 45, pp.11-45.
- Robin, F., (2020), Quelques réflexions sur la souffrance des soignants français dans la crise du Covid-19, PSN, Vol.18, pp.107-113
- Routelous, C. (2018). Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien – être, Le management en santé, pp.203-218.
- Sardon, J.-P., (2020), De la longue histoire des épidémies au Covid-19, Les Analyses de population & Avenir <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02557027>
- Scouarnec, A., (2020), Crise sanitaire et transformation du travail : les conséquences pour les équipes RH, Management Prospective « Management & Avenir », n°6, pp.9-11.
- Sebai, J., (2016), Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés, Santé Publique, vol.28, pp 223-234.

➤ **Mémoire & thèse.**

Blanc, Baptiste. et al., (2021), Résilience organisationnelle et crise sanitaire de la Covid-19 : Comment faire face ?, Mémoire. Université de Montpellier, consulté, le 18 décembre 2022, à l'adresse cnrs.fr.

Bordachar, M.-I., (2021), La crise Covid-19 et la gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier belge, Mémoire. UCLouvain.

Boyer, H., (2017), Piloter la création d'un SPASAD pour assurer une meilleure coordination de prestations de soins et services à domicile, école des hautes études de santé publique, Mémoire consulté le 28 février 2022, à l'adresse ehesp.fr.

Carbonne-Laurens, C., (2014), Communication et travail collectif des soignants en situation de métissage à l'hôpital : le cas de cadres de santé, infirmiers et aides-soignantes, Université de Toulouse , Thèse, consulté, le 5 mai 2022, à l'adresse <https://theses.hal.science/>

Chiariada, O. (2019), La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier, Mémoire. UCLouvain.

Duesberg, D., (2021), Mise en perspective des impacts de la crise sanitaire de la Covid-19 sur le processus de recrutement Cas appliqué à habeas, Mémoire. ULiège, consulté, le 12 décembre 2022, à l'adresse <http://hdl.handle.net/2268.2/13081>

Demuynck, E. (2018), La coordination et la communication dans le cadre d'une hospitalisation à domicile : revue de littérature et analyse mixte du terrain, Mémoire. UCLouvain.

Fontaine, L. (2020), L'organisation des hôpitaux en Belgique suite à la réforme paysage hospitalier : un pas de plus vers une réforme du financement des hôpitaux, Université de Liège <http://hdl.handle.net/2268.2/9245>.

Kervarec, A., (2016), Le positionnement infirmier dans les prises en charge à forts enjeux émotionnels, Institut de formation en soins infirmiers, Mémoire, consulté le 15 mars 2022, à l'adresse <https://www.academia.edu/>

Moctar, M. D., (2020), Les enjeux de travail et sa gestion : une étude comparative entre deux hôpitaux, Mémoire. UCLouvain.

Poncelet, E., (2011), Burn out chez les infirmiers. Les moyens pour éviter la combustion d'une équipe, Mémoire. Haute école spécialisée de Suisse occidentale, consulté, le 8 décembre 2021 à l'adresse patrinum.ch).

Story, T., (2017), Les cadres de santé exposés à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle : L'enjeu de la compétence, Institut de formation des cadres de santé, CHU Montpellier, juin 2017, Mémoire consulté le 20 Mars 2022, à l'adresse (cadredesante.com).

Zaghmouri, N., (2019), Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé. Recherche – intervention à travers l'implantation du Learn Healthcare, Thèse. Université de Lorraine, consulté le 30 novembre 2021 à l'adresse <https://hal.univ-lorraine.fr>

➤ **Site Internet.**

www.beswic.be, consulté le 15 mars 2022

www.fing.org, consulté, le 15 mars 2023

www.has-sante.fr, consulté, le 8 décembre 2021

<https://kce.fgov.be>, consulté, le 15 novembre 2022

www.mc.be, consulté, le 30 novembre 2022

www.ordomedic.be, consulté, le 15 novembre 2022

www.officielprevention.com, consulté le 15 février 22

www.vuibert.fr, consulté, le 14 janvier 2023

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien personnel hospitalier.

I. Présentation :

1. Pourriez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?
2. Quelle est votre tranche d'âge entre 20 et 60 ans ?
3. Quelle est votre profession actuelle ? Depuis combien de temps travaillez-vous comme... ?
4. Quel est votre secteur d'activité actuelle dans l'hôpital ?
5. Dans quel secteur d'activité travailliez-vous pendant le Covid-19 ?
6. Pourriez-vous nous parler de votre service, son fonctionnement, son organisation ?

II. Questions destinées au service RH :

➤ Organisation du travail et Crise Sanitaire du Covid-19.

1. En tant que RH, comment l'hôpital s'est-il adapté à la crise du Covid-19 ? Qu'est-ce qui a changé en général ?
2. Pourriez-vous nous parler dans votre poste de l'organisation du travail avant et pendant la crise du Covid-19 ? Et comment s'organise-t-il actuellement ?
3. Dans votre service, comment avez-vous communiqué avec votre équipe ?
10. Qu'avez-vous fait pour que la vigilance soit présente partout à l'hôpital ?
11. Comment la RH avait-elle réagi lors de l'apparition de la première vague du Covid-19 ? Était-elle préparée pour lutter contre ce genre de crise ?
12. Nous avons constaté lors de cette crise que le travail avait basculé en mode virtuel. Comment avez-vous fait dans votre service pour mettre en place un plan de continuité du travail ?
13. Avez-vous déjà été confronté aux crises avant celle-ci ? Quelle comparaison faites-vous par rapport aux autres crises ?
14. Pensez-vous que la crise sanitaire du Covid-19 a engendré des nouvelles priorités ? Lesquels par exemple ?
15. Quelles sont les politiques RH selon vous qui ont permis de relever les défis de cette crise du Covid-19 ? En termes de surcharge de travail, ces défis ont-ils été relevés ? Si oui, comment ? Si non, qu'est-ce qui a manqué ?
16. Pourriez-vous nous dire davantage si ces politiques RH ont permis de transformer le travail ?

III. Questions destinées aux soignants et médecins:

➤ Relations intra-hospitalières.

1. Avez-vous constaté l'évolution au niveau de relations durant cette crise du Covid-19 ? Pourriez-vous nous parler de vos relations entre vous et votre équipe de travail ? Quelle différence avez-vous senti dans ce contexte de crise par rapport avant la crise du Covid-19 ?
2. Comment s'est comportée votre unité de service pendant cette période de crise du Covid-19 ? Pourriez-vous nous parler du soutien reçu (ou pas) de la part de la direction ou des collègues ?
3. Comment vous avez pu gérer la relation entre les patients et soignants à votre niveau ?
4. Quelles étaient les réactions des familles qui ne pouvaient pas visiter leurs proches compte tenu des restrictions sanitaires ? Comment avez-vous pour garder la proximité ?
5. Comment les relations entre patients et soignants ont-elles été facilitées pendant le Covid-19 ? Comment avez-vous géré les patients non atteints du Covid-19 ?
6. Quelle a été l'organisation matérielle du point de vue disponibilité des lits ou accueil des patients ?

➤ Soutien de santé mentale de personnel

1. Comment votre service a-t-il assuré la santé mentale et la sécurité son équipe ?
2. Avez-vous remarqué une sorte de peur liée à la contamination au Covid-19 dans votre équipe ? Et comment l'avez-vous maîtrisée ?
3. N'y- avait-il de cas de décès qui a touché votre équipe ? Si oui, comment l'avez-vous géré ?
4. Est -ce qu'avez-vous constaté l'impact du covid-19 sur la santé mentale dans votre service? Comment avez-vous géré les conséquences ?
5. Comment vous êtes-vous senti émotionnellement dans votre travail en cette période de Covid-19 ?
6. Comment sentiez-vous en travaillant avec stress et urgence pendant cette période de Covid-19 ?
7. Comment était organisé les horaire de travail et les tâches de travail dans votre service ? Y-a-t-il un changement entre avant et pendant la crise de Covid-19 ?
8. Avez-vous eu l'idée de quitter la profession ? Pourquoi ?

IV. Question d'ordre général :

➤ Absence et pénurie des personnels

1. Avez-vous fait face à la pénurie dans des personnels votre équipe? Si oui, avez-vous eu recours à d'autres mains-d'œuvre ? Pouvez-vous nous dire plus ?
2. Cette crise sanitaire n'a-t-elle pas occasionner des absences au travail ? Quel a été le taux d'absence ?
3. Avez-vous idée du taux de personnels soignants en arrêt maladie en lien avec Covid-19 ? Et dans quel service cela se fait plus remarquer ?
4. S'il y a eu de cas de travailleur touché par le Covid-19 dans votre équipe, comment avez-vous comblé les absences ?
5. Quelle expérience avez-vous tirée de cette crise sanitaire de Covid-19 ?
 - Transformation et changement de travail
1. Pour vous, que reprenez-vous de la transformation de travail occasionnée par cette crise du Covid-19 ? Qu'est-ce qui a changé en termes d'évolution de travail ?
2. Qu'avez-vous mis en place dans votre poste par exemple pour faciliter cette transformation ?
3. A quel niveau se sont davantage situées les principales préoccupations du changement ou transformation du travail ?
4. Pensez-vous que cette situation de crise de Covid-19 s'est-elle révélée une opportunité pour transformer le travail dans votre service ? Comment par exemple?
5. En termes de transformation du travail, en quoi la crise du Covid-19 a fait évoluer le travail dans votre service ?
6. Et du point de vue proximité, qu'avez-vous mis en place pour faire face à cette crise?
7. Que reprenez-vous de l'expérience de cette crise sanitaire du Covid-19 en termes de surcharge et transformation du travail ?
 - Encadrement et reconnaissance
1. Pensez-vous avoir bénéficié de soutien extérieur ? De quelle manière cela s'est-il réalisé ? Et quel a été son apport à votre service ?
2. Avez-vous eu l'impression d'être soutenu par votre hiérarchie directe ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
3. Qu'avez-vous proposé pour réduire les inquiétudes des personnels soignants ?
4. Comment avez-vous fait pour inspirer la confiance des personnels soignants ? Quelles sont les informations qui ont été nécessaires à faire passer pour traverser cette situation du Covid-19 ?

5. Dans quelle mesure avez-vous bénéficié de la reconnaissance pendant cette période de crise sanitaire de Covid-19 ? De la part de qui ? De quel genre de reconnaissance, s'agissait-il ?
6. Dans quelle mesure avez-vous eu le sentiment de reconnaissance de votre hiérarchie ou de votre équipe de travail ?
7. Dans quelle mesure avez-vous bénéficié de l'accompagnement de votre hiérarchie pour l'accomplissement personnel du travail dans ce contexte du Covid-19 ?

➤ Vie privée et professionnelle

1. Comment avez-vous concilié vie privée et professionnelle pendant cette période de crise de Covid-19 ? Qu'est-ce qui a changé en vous ?
2. Quelles actions avez-vous engagées pour prendre en charge les services mobilisés dans la lutte contre le Covid-19 ?
3. Comment avez-vous vécu le confinement ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué ?

V. Questions destinées aux patients ayant souffert du Covid-19 :

1. Pourriez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?
2. Quelle est votre tranche d'âge entre 20-60 ans ?
3. Comment allez-vous actuellement après la maladie du Covid-19 ?
4. Comment est-ce que vous avez su d'être impacté par le Covid-19 ?
5. Est-ce possible de nous un peu de votre maladie de façon générale ?
6. Si vous avez été hospitalisé avant Covid-19, comment était votre prise en charge à l'hôpital ?
7. Quelle différence faites-vous entre votre prise en charge à l'hôpital avant et pendant Covid-19 ? Qu'est-ce qui a changé pour vous ?
8. Lors de votre séjour à l'hôpital, comment définissez-vous votre relation entre vous et les soignants ? Par exemple du point de vue d'aide, écoute, thérapeutique.
9. Quels souvenirs gardez-vous de votre hospitalisation ? Et combien de temps avait duré de votre prise en charge à l'hôpital ?
10. Avez-vous été intubé ? Parlez-nous un peu, s'il vous plaît ?
11. Pendant votre séjour à l'hôpital, votre famille ou vos proches ont-ils eu l'occasion de parler aux médecins qui s'occupaient de vous ?
Comment était la communication entre vous et le corps médical ?

1. Avez-vous un commentaire à ajouter par rapport à cet entretien ?

Nous vous remercions pour votre disponibilité !

Annexe 2 : Retranscription entretien des personnes interviewées.

1. Entretien avec médecin oncologue

Je me nomme Jules Vitika, étudiant à l'UCLouvain. Cet entretien est dans le cadre de mon mémoire qui porte sur « surcharge et transformation du travail à l'hôpital au temps du Covid-19 ». Et permettez-moi de vous demander la permission pour l'enregistrement.

Etudiant : Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

M : Mon nom est Stef, je suis médecin centre hospitalier X.

Etudiant : Quelle est votre profession actuelle ?

M : Je suis oncologue.

Etudiant : Ok, permettez-moi de savoir entre 20 et 60 ans, quelle est votre tranche d'âge.

M : J'ai 58 ans.

Etudiant : Ok. Depuis combien de temps travaillez-vous comme médecin ?

M : Je suis médecin depuis 1999.

Etudiant : Ah oui ! Actuellement, comment se passent les activités ?

M : Les choses rentrent petit à petit en ordre. Il y a diminution de service Covid vu qu'il y a très fortement chuté de malades. Mais nous restons vigilants.

Etudiant : comment avez-vous travaillé pendant cette période de Covid-19 ?

M : Plus vu que avec un groupe entre 8 et 12 confrères. En dehors de mon activité, en tant que oncologue, j'ai participé aux activités du service COVID qu'on a créé.

Etudiant : Ok ! Et pourriez-vous nous parler de fonctionnement de ce service Covid-19 ?

M : Il a fonctionné de manière variable, avec un nombre maximum d'à peu près 100 lits, 1/3 de lits de l'hôpital et on a dû se départager donc à la fois les visites et évidemment les gardes 24h, en collaboration avec aussi le service de la réanimation qui était séparé de notre service normal. Donc on a eu lors des différentes vagues, un afflux assez massif avec un besoin de s'adapter au fur et à mesure de nos connaissances du COVID, de la gestion des malades, des traitements à disponibilité et des traitements évidemment sportifs comme l'administration d'oxygène qui était intense. On a eu en parallèle des défis logistiques afin de maintenir au

maximum possible les activités normales de l'hôpital à côté, malgré un nombre très restreint de lits avec les activités et les mesures de protection pour limiter au maximum la contamination de patients et de personnel.

Etudiant : Exactement, qu'est-ce que vous avez remarqué qui a changé avant et pendant ce temps de COVID ?

M : Bon il y avait évidemment en oncologie, pour les patients qui étaient en train de recevoir un traitement, il n'y avait pas des changements majeurs, il y avait un problème au niveau de l'accès des proches parce qu'ils ne pouvaient accompagner les patients. Il y avait parfois des problèmes de communication vu qu'on n'avait que les patients même, vu qu'au niveau des traitements qui étaient assurés très, très rapidement assurés dans leur intégrité. Puisque tout initialement, on avait peur de risques de l'une des dépressions sur l'exacerbation éventuellement sur des formes graves du Covid. Là aussi c'est une affaire différente, c'était les patients qui étaient en cours de dépistage. Et puis d'un moment à l'autre les examens radiologiques sauf essentiels, ont été annulés, les patients avaient du mal à prendre contact avec gynécologue, gastrologie par exemple et cetera. Et beaucoup de patients avaient aussi des fortes angoisses de se déplacer à l'hôpital et donc il y a eu certainement un retard au niveau du diagnostic et de prise en charge, parfois avec des formes beaucoup plus graves lorsque les personnes se sont déplacées que l'on a constaté dont je ne peux pas contre-chiffrer.

Au niveau du taux d'infection d'oncologie, j'étais assez agréablement étonné. Parce qu'en dehors de groupes à risque qui ont été aussi assez rapidement identifiés dans des études internationales dont certaines maladies rhumatologiques, l'utilisation de certains médicaments ou de cancers pulmonaires avec commodités préexistantes, on n'a pas vraiment vu de soucis des infections graves.

Etudiant : Vous avez souligné quelque chose de communication, alors comment s'était passée la communication entre vous et les malades et aussi au sein de votre équipe ?

M : Alors la communication avec les malades, même avait certainement été compliquée par le port de masque, par le fait de maintenir un maximum de distance afin de limiter le risque de contamination. Il n'y avait l'absence des familles. Avec les collègues, la communication était limitée par le fait qu'on était encouragé ou forcé de ne pas se regrouper lors de réunions ; donc toutes ces réunions ont eu lieu sous forme de visioconférence via l'internet. Et donc fort heureusement, cette technologie mise en place très rapidement, je pense que sans cela on aurait eu de graves dysfonctionnements, mais il est clair que ces nouvelles méthodes de

communication n'ont pas pu remplacer réellement les réunions en présentiel et ont également entraîné chez certains des habitudes de convenance de trouver que, finalement, ça ne nécessitait plus le déplacement, ça pouvait se faire à domicile et donc si on veut parler d'un avant et un après, on a parfois ou on regrette beaucoup plus maintenant recours aux visioconférences, conférences à distance. Peut-être pas autant directement à l'hôpital, mais certainement lors des conférences ou des congrès internationaux pour lesquels certainement beaucoup moins de monde qui se déplace et pour lequel les potentiels sponsors ou organisateurs ne sont obligatoirement peut-être moins inclinés dans le futur de prévoir des conférences en présentiel par rapport avant la pandémie.

Etudiant : Que pensez-vous dans ce cas, revenir comme avant Covid ou continuez avec ce rythme ?

M : Je pense qu'il faut favoriser le présentiel parce qu'il y a des choses qui vont peut-être très, très facilement mesurable nous manquent aux visioconférences. Par exemple j'organise régulièrement des conférences au sein de notre équipe oncologie, il est rarissime qu'il y ait eu de l'interaction dans de visioconférence, il y avait très, très peu d'interventions et pratiquement pas de question. Il y avait de la présentation et la majorité des gens se sont après, éclipsés c'est tout à fait différent avec les conférences en présentiel où normalement il y a des questions et interactivité. Je pense que ces questions sont tout aussi importantes par rapport aux présentations mêmes. C'est la même chose également pour les conférences si vous avez tout en visuel, si on prend des réunions pluridisciplinaires vous allez être moins incliner de présenter tout le dossier parce que vous le voyez sur un petit écran, vous allez être moins incliner de lire ou de passer en détail. Donc vous perdez de la valeur si vous faites systématiquement, si vous limitez systématiquement les réunions en visioconférence. Après, je ne veux pas dire que je voudrais revenir en arrière à pourcent pour cent parce qu'on a quand même également noté que dans certains domaines, il est nettement mieux par rapport à du présentiel qui n'est pas fréquenté. Pour, par exemple des conférences qui étaient difficiles à participer puisque ça nécessitait de me déplacer dans les heures de bouchon, de fort trafic en ville et donc pour lesquelles j'ai finalement dû renoncer ou je suis arrivé systématiquement en retard. Le fait de pouvoir reconnecter sous forme hybride certainement avantageux, donc je pense qu'il y a un juste milieu. Même chose pour les raisons climatiques, écologique, économique et cetera. Hélas pour moi, j'adore voyager, il serait souhaitable de notre part de ne pas se déplacer pour chaque événement entre nous. Je pense qu'il est extrêmement enrichissant de se retrouver autour d'une

même table avec de participants de différents pays, différents horizons, c'est extrêmement enrichissant.

Etudiant : Par rapport à votre carrière, quelle comparaison pourriez-vous faire entre les crises déjà connues et la crise du COVID ?

M : Je pense qu'on a été relativement épargné jusqu'à présent par rapport à d'autres pays. La crise telle qu'elle a secoué le système sanitaire italien par exemple on a nettement souffert de la carence de personnels soignants. Je pense par contre que cette crise était spécifiquement pour nous un révélateur de ce que notre fragilité de ce système. On n'a pas des structures de formation suffisantes dans notre pays et à un certain moment donné de la crise du COVID le recrutement de personnels posait problème. Je pense que cette fragilité nous a donné du fil à retordre, nécessitant des solutions d'urgence.

La deuxième chose, c'est que on a eu à réaliser que le nombre de médecins, donc on a un problème de vieillissement dans notre infrastructure médicale, il me semble que deux tiers (2/3) des médecins qui approchent la cinquantaine ou viennent la dépasser. Il est clair que dans cette crise, il fallait mobiliser au maximum les personnes présentes, on a dû prester des heures de travail comme on n'a pas connu auparavant. Je pense qu'à la longue cet effort n'aurait pas été soutenable et nécessitant d'être pris en compte dans le futur. Au niveau du matériel, on a été surtout confronté par le fait en temps de crises le flux de matériels, de produits étaient limités, chaque pays essayait un peu de se ravitailler, d'abord lui-même, du coup, on devient plus fragile. Par contre, je pense que dans l'ensemble on n'a fort heureusement pas eu les problèmes que nos pays voisins ont connus ; le plus grand problème était probablement l'accès aux soins normaux dans la mesure où presque tous les lits des hôpitaux étaient consacrés aux patients Covid.

Etudiant : Tout à fait ! Et dans quelle mesure pensez-vous que malgré cette crise de covid a-t-elle engendré d'opportunité ?

M : Mais je pense que cette crise justement, nous a montré l'importance d'être préparé pour les épidémies futures. Et il va y en avoir certainement dans le futur. On a vécu en commun tous un peu dans un cocon en train de penser que seulement en Europe centrale, et que ça ne nous arriverait jamais. On a eu malgré tous les morts la possibilité de nous familiariser à la gestion d'épidémie avec un bilan relativement bénin. On a eu de la chance aussi de ne pas être confronté comme les italiens à Bergame et autour de Milan. La rapidité avec laquelle la recherche, les scientifiques, les industriels et les hôpitaux ont pu faire les efforts, ont été remarquable. Je pense

que jamais dans le passé une catastrophe comme celle-ci devrait de pousser à de recherches de solutions avec autant de rapidité, d'intensité aussi de collaboration, ce qui nous a quand même permis non seulement d'obtenir l'identification exacte du virus endéans quelques semaines, voire un ou deux mois, et d'avoir contraire à toute attente initiale, non seulement un mais plusieurs vaccins pendant endéans d'une seule année avec en supplément, sur quoi de technologies très récentes qui ont extrêmement accéléré. Je pense la technologie dans ce domaine, et c'est la même chose avec la télémédecine. Et tout ça c'est implémenté de façon automatique dans un temps record. Certainement c'est une opportunité et un grand avantage.

Etudiant : Vraiment ! Dans quelle mesure pensez-vous que les RH ont pu relever les défis ou pas ?

M : Je pense que oui parce que clairement, s'il y avait le maillon faible dans cette pandémie c'était le nombre de lits en réanimation. À partir du moment, et c'est un peu pareil chez nous. Les restrictions pour la population générale étaient presque définies par la carence ou l'absence de lits en réanimation. Donc très clairement. C'est le personnel qui a défini la possibilité de la prise en charge des malades et on était de nouveau peut-être un peu moins mal lotis, ceci dû au fait que salaire du personnel soignant est meilleur autour de nous et donc on a eu un afflux avant et on a maintenu cet afflux de personnels soignantes par rapport au pays autour de nous qui ont presque posé de problèmes politiques, il y avait une carence beaucoup plus criante. En France par exemple au niveau de la réanimation il manquait du personnel. Donc, dans un pays où il y a déjà fermeture de lits à cause de manque de personnel, il est clair que cette surcharge de travail devient très, très difficilement supportable et je pense que ce qu'on voit actuellement en France avec la fermeture de cent vingt urgences et avec l'état sanitaire qui s'est encore dégradé, c'est une conséquence presque directe de la surcharge de travail de deux années de Covid. On n'a pas connus ça comme cela, on a très bien noté que toute personne en incapacité de travailler malade ou affecté nous a mis plus de défis d'assurer la prise en charge correcte de l'afflux continu de malades par rapport au temps normal. Au niveau de ressources humaines nous avons collaboré pour tenter de trouver des solutions intermédiaires. Mais les défis dans l'ensemble de l'hôpital était tellement grand à relever. Je pense qu'ils ont pu faire quelque chose.

Etudiant : Ok. Du point de vue relationnel, qu'est-ce qu'il y a évolué autour de votre équipe ?

M : Pendant le temps de Covid, on a développé une belle solidarité de l'équipe. Dès le départ et ça, c'est une de rares fois on a eu 'impression tout l'hôpital aussi bien qu'à l'administration que des mécaniciens, tout le monde était ensemble.

Etudiant : Ça c'est bon ! Comment se passaient les relations ou la communication entre les familles de malades ?

M : C'était vraiment difficile. Je pense qu'il y a eu une grande souffrance, qu'on a sous-estimé l'impact émotionnel et relationnel entre les membres de familles. Il y avait trop peu de communication certainement et personnellement, je pense à posteriori j'ai été parmi d'autres beaucoup trop sévère, beaucoup trop fixé sur l'aspect sécuritaire, sanitaire par rapport aux relations. Je pense qu'il avait de grandes souffrances de familles par rapport à leurs proches, mais qui se sont un peu améliorées pendant la deuxième phase de la pandémie où on a tout petit peu osé permettre un peu de contact sous contraintes hygiéniques.

Etudiant : Alors comment étaient les relations entre soignant et soigné ?

M : Je dirai que le fait d'être constamment sous masque, a eu probablement engendré des distances qui étaient à la fois physiques, qui sont étendues sur le relationnel et émotionnel. Je pense également le fait d'être tout le temps préoccupé à maintenir les règles du moment, nous a parfois empêché de prendre le temps de discuter avec le patient. Ça venait plus factuel et rapide et certainement délétère au niveau relationnel, je pense qu'on s'était un peu déshumanisé. Il est clair que la relation a souffert.

Etudiant : Et ressenti vous avez remarqué ?

M : Je pense plutôt aux patients qui étaient atteints de covid, qui étaient dans le secteur. Je pense que les patients qu'on a connus et suivis avant et qu'il y avait déjà un lien très clair établi parce que qu'il avait un smile qui se créait.

Et que devenaient les patients non - Covid ? comment étaient – ils suivis ?

M : Là on était un peu dans une situation privilégiée. Mais on était en oncologie de rares services qui a continué à fonctionner comme avant, il n'y avait pas de limite des lits parce que la continuation de suivi des patients cancéreux était dogmatique et parfaitement clair. Mais je ne pourrais peut-être moins répondre à cela par rapport aux collègues dans les domaines qui étaient plus fragilisés, la médecine interne, générale. Je pense qu'on a fait notre mieux au niveau de suivi des patients d'oncologie, il n'y avait aucune différence ou une baisse par rapport à d'autres

patients Covid. On n'a pas eu recours pendant très longtemps comme proposé, de se consacrer majoritairement en téléconsultation ; là où ça se passait un tout petit moins bien, c'est pour les patients qui se sont retrouvés dans les périodes de suivi à long terme, on se voit normalement une fois tous les six mois et parfois ils ne sont pas venus ou on a parfois effectivement une petite webconférence moins intense et courte.

Etudiant : Ok ! Comment avez-vous assuré dans votre service la santé mentale et la sécurité de votre équipe ?

M : Alors si je pouvais dire que j'ai assuré, ça c'est bien. Mais je pense que je n'ai rien personnellement et spécifiquement assuré quoi que ce soit pour mon équipe, je pense qu'on a eu un temps dur pour chacun qui a entraîné un épuisement considérable ; on a essayé de rester motivés par le fait d'être professionnel de santé et par notre obligation d'aider et de rassurer les soins. Mais j'avoue qu'il y avait pour beaucoup une certaine lassitude et fatigue à gérer une partie administrative et de protocole qui sont un travail de plus.

Etudiant : Et comment avez-vous maîtrisé la peur ?

M : La peur a été au départ, effectivement très grave. Alors gérer la peur était au départ pas tout fait facile, certaines personnes qui ont refusé de voir, physiquement être à proximité de patients atteints du covid, on a par contre très rapidement pu démontrer chacun qui participait activement qu'on reste bien en vie, il y avait aussi très rapidement suffisamment de données de recherche qui montraient très clairement qu'on n'avait pas à faire au virus d'Ébola et que le risque de faire une forme gravissime était beaucoup plus limité. Après je pense chacun de nous, pour moi c'était une première, sans confrontation avec la peur, quand seulement on finit à intuber ou éventuellement quelqu'un mourait, je ne nie pas que tout initialement c'était une peur qui m'a surpris moi-même, qui était bien présente et qui après se dissipait avec la routine, la protocole et le devoir d'être surplace.

Etudiant : Ah oui ! Permettez-moi d'être curieux pour savoir comment se passait l'intubation ? Demandiez-vous l'accord de familles ou de patients eux-mêmes ?

M : Ça ce n'est pas nous qui la faisons. Par contre, c'est vrai que pour la question est de savoir jusqu'où on va ? En tout premier lieu, c'est une question médicale pour laquelle il faut avoir la compréhension de famille. Je dis ça pour avoir pratiqué les soins palliatifs. Mais pendant le Covid-19, parfois les confrères n'avaient toujours pas le temps de contacter les familles. La décision était partagée.

Etudiant : Ok ! Dans quelle mesure pensez-vous que la crise de Covid-19 a-t-elle eu l'impact sur la santé mentale des soignants ?

M : Je pense qu'il a grand impact aussi bien au niveau de la fatigue, au niveau de la peur qui, certainement n' a certainement pas dissiper complètement. Au niveau de préoccupations, de sensation d'isolement, donc je pense que l'impact a été lourd et reste lourd et grand.

Etudiant : Que sentiez-vous en travaillant pendant la période de Covid avec stress et en toute urgence ?

M : Le stress était lié au fait premièrement pour ne pas pouvoir avoir forcément de ressources pour aider les patients si on devrait être en manque des lits et on savait qu'on allait avoir encore par exemple trois lits, mais on ne savait pas le nombre de patients à accueillir aux urgences, le deuxième facteur de stress, évidemment l'incapacité de pouvoir aller au-delà de certaines aides quand la maladie faisait un peu ce qu'elle voulait, on avait de la cortisol, on avait d'oxygène ; en dehors de ça, on avait peu de possibilité de pouvoir gérer cette maladie, et troisième facteur de stress était certainement tous le protocolaire, la lourdeur de se protéger, changer deux, trois fois les habites. Surtout à la dernière phase, on avait l'impression d'être moins médecin que logisticien pour trouver les chambres d'isolement, pour transférer les patients, gérer et voir comment les patients pouvaient continuer leur isolement si c'est nécessaire, la quarantaine au domicile qui pouvait changer. Beaucoup de patients qu'on a traités ne venaient pas en principe de ma spécialité donc en temps normal, la prise en charge était différemment que pendant le Covid-19.

Etudiant ! Ah oui, et comment étaient organisés les horaires et les tâches pendant ce temps ?

M : Ah les horaires sont déjà assez peu défini, assez large 12 heures par jour donc l'activité devenait bien pire je pense que je n'ai jamais fait autant de garde de nuit dans ma vie. Effectivement c'était un supplément, une surcharge supplémentaire sans doute.

Etudiant : Ah bon ! N'avez-vous pas eu le sentiment de quitter ou de changer la profession ou d'abandonner ?

M : Non, absolument pas !

Etudiant : Pourquoi ?

M : Parce que la profession me fait plaisir. Je veux même dire que j'ai adoré être dans ce groupe volontairement, de cette prise en charge de malades de Covid-19 parce que c'était un défi que personne ne pouvait prévoir et c'est aussi au centre de notre profession.

Etudiant : Chapeau ! Comment avez-vous comblé la pénurie ?

M : Mais il faut encore bosser plus, travailler plus sans compter les heures. Mais à ce jour nous avons un soulagement qu'il n'ait plus de pénurie et cela diminue les pressions.

Etudiant : Ah oui. Comment allez-vous prévenir de crises à venir ?

M : Certainement il va y avoir encore d'autres crises à venir. En cas de nouvelles crises une des premières choses qui doit être faite, une séparation de flux de l'entrée des patients entre ceux qui sont contaminés et ceux qui ne les sont pas et on sait comment ça doit fonctionner dans le futur. La même chose, c'est qu'on connaît de base des contaminés, de prise en charge de patients isolés, la façon logistiquement de gagner de l'espace pour ces patients nous est maintenant familier. Et aussi il faut rester vigilant, et réagir vite. Evidemment si cette conscience va rester. Il faut dire aussi qu'il faut recruter plus de personnels soignants donc il faut les former, car ça prend de temps 6 ou 12 mois. On est aussi sur un projet de la création d'un nouvel hôpital qui devrait voir le jour, je pense que depuis cette pandémie on va certainement réfléchir à des structures qui seraient plus adaptable d'ouvrir un étage ou un service uniquement des patients confinés, chose à laquelle qu'on n'avait pas pensé auparavant.

Etudiant : Tout à fait ! Dans quelle mesure pensez-vous que le Covid-19 a transformé le travail à l'hôpital ?

M : Il a transformé le travail dans le sens de notre conscience de risques d'infections et de transmission, on a parlé de télétravail ou télémedecine. Maintenant est-ce que toutes ces transformations vont-elles être définitives ? Là, c'est la direction qui doit décider puisque la répartition de travail, l'existence ou pas de service, c'est toujours la direction qui décide.

Etudiant : Alors, dans quelle mesure pensez-vous être soutenu par l'extérieur ?

M : Initialement beaucoup. Et après la population commençait avoir l'impression que les médecins imposent trop de restrictions. Je pense qu'on a eu une vague de soutien trop émouvante et solidaire, mais qui s'est très rapidement épuisée. A la longue, on n'était plus soutenus.

Etudiant : Et au niveau de la hiérarchie, qu'en était-il ?

M : Peut-être aussi le même. L'appréciation était initialement. On a collaboré ensemble.

Etudiant : Et si l'on vous demande de proposer, qu'allez-vous proposer ?

M : Je pense qu'il faut valoriser notre travail, il faut insister sur notre motivation de base. Si on devient infirmier, médecin ou personnel soignant en général, majoritairement ce n'est pas seulement pour le salaire, mais il faut bien sûr en tenir aussi compte. Tant que la motivation de soigner est suffisamment forte, je pense que chacun de nous est capable d'aller au-delà de ses capacités et de mobiliser la force et l'énergie. Je pense que ça doit être souligné, renforcer avec de feedback positif au maximum.

Etudiant : Exactement ! Et quand vous dites la motivation, à quoi faites-vous allusion ?

M : Déjà par des paroles, de soutien individualisé. Nous, on était payé pour les heures supplémentaires au Covid-19, de ce côté-là, je ne peux pas du tout me plaindre, au contraire, on a travaillé plus, on doit aussi gagner plus ; mais je pense que la première motivation ne vient pas de cela, elle vient d'être apprécié d'avoir de soutien positif, appréciation verbale pour ce qu'on fait.

Etudiant : Et comment avez-vous concilié la vie professionnelle et privée ?

M : Tant que possible vue que j'ai une belle vie privée. On a pensé de très beaux moments.

Etudiant : Comment avez-vous vécu le confinement ?

M : Initialement une grande tristesse par rapport à la privation des contacts sociaux sinon, je dois dire la vie de famille s'est plus intensifiée par le fait d'être présent. Personnellement j'allais à l'hôpital à vélo.

Etudiant : Vous entendez que je parle de surcharge et transformation de travail à l'hôpital, à première vue vous pensez à quoi ?

M : Je pense que plus de travail qui s'est intensifié massivement, plus de garde de nuit et extrêmement fatigant.

Etudiant : Tout en vous remerciant pour votre disponibilité, je vous laisse le dernier mot par rapport à notre entretien.

M : Je pense que c'était une pandémie avec laquelle il faut compter à partir du SARS1et du H1N1 dont on craignait déjà à l'époque. Mais cette pandémie nous a surpris par cette longueur de durée. Moi je garde un sentiment de fierté, chez nous avons bien géré chez nous de façon

démocratique, il n'y avait pas trop de répression, juste milieu très pratique et la même chose au sein de l'hôpital. S'il y a un grand regret personnel que je me tiens vis-à-vis de cette période, ce sont les relations humaines à l'égard des patients pour lesquels j'étais certainement pas à la hauteur et pour lesquels j'étais trop sur le sécuritaire et pas assez sur humanitaire.

Etudiant : Je vous remercie encore pour votre disponibilité !

2. Entretien avec RRH de CHU

Je me nomme Jules Vitika, étudiant à l'UCLouvain. Cet entretien est dans le cadre de mon mémoire qui porte sur « surcharge et transformation du travail à l'hôpital au temps du Covid-19 »

Etudiant : Merci d'accepter de m'accorder cet entretien qui s'effectue dans le cadre de mon mémoire. Je vais faire bref comme vous n'avez pas beaucoup de temps à me consacrer. Et Permettez-moi de vous demander la permission pour l'enregistrement.

Rrh : Pas de souci !

Etudiant : Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ? Et depuis combien de temps êtes-vous responsable RH ?

Rrh: Mon nom est Didier, je suis RRH du CHU N. Je fais ce job depuis 8 ans maintenant. Et avant ça, je travaillais dans le marketing et communication d'entreprises multinationales de type agro-alimentaire. Donc, j'ai complètement changé le métier.

Etudiant : Ok ! Pourquoi avez-vous changé le métier comme vous le dites ?

Rrh : Oui, j'ai complètement changé le métier, précisément celui de ressources humaines pour aller plus vers le métier qui a beaucoup plus de sens et qui est centré beaucoup plus sur l'humain, sur la bienveillance par rapport à mon métier d'avant où j'ai travaillé plus pour les entreprises multinationales.

Etudiant : Certes, vous dites bien que le métier RH est centré sur l'humain. Pensez-vous que dans ce métier RH, il y a la déontologie ?

Rrh : Oui, dans tout métier il y a toujours la déontologie, une conduite à suivre.

Etudiant : Et comment définissez-vous la déontologie ?

Rrh : Je pense que la déontologie de façon générale, ce sont de devoirs à remplir, c'est aussi une façon d'être loyal avec ce qu'on fait avec conscience, c'est vaste mais c'est un peu ça en quelque chose.

Par exemple dans mon métier de RRH, le premier point est celui qui est centré sur le patient qui doit bénéficier des soins appropriés. Donc, la déontologie dans ce cas entant que RH demande la dignité soit considéré comme une conduite ou règles à suivre par tous les personnels soignants en vue de fournir les soins dignes à tous les patients qui rejoignent notre institution. Donc, c'est aussi une mission de service public que j'exerce comme RH, bah oui, cette mission centrée entièrement sur l'humain, le bien-être, le mieux-être sur les personnes en difficultés. En ça, c'est aussi une mission que se donnent les membres du personnel. C'est positif parce qu'on a plein d'énergie positive. Alors, la grande difficulté est liée dans le contexte actuel de crise sanitaire que nous traversons. Je peux vous dire qu'il y a plein de personnels soignants qui veulent aller au-delà de leur limite voire leur mission parce que tout simplement la mission est telle, l'enjeu est tel, l'importance est telle qu'ils finissent par s'oublier eux-mêmes en allant au-delà de leur capacité et leur limite personnelle.

Etudiant : Vraiment !

Rrh : Donc, c'est vraiment difficile de faire comprendre la chose.

Etudiant : Mais que retenir de la déontologie RH en soi selon vous ?

Rrh : Alors, comme je venais de dire sur les membres qui vont au-delà de leur capacité ou limite parfois, entant que RH, il faut un rappel à une conduite c'est-à-dire les règles à respecter et qui ont été édictées bien avant, respecter le code de bonne conduite malgré l'envie de vouloir tout donner. Vous savez, comme nous sommes dans le domaine de santé avec pour objectif donner les soins appropriés aux patients, il y a beaucoup d'empathie auprès de nos personnels qui vraiment oublient l'exercice de leur métier qui leur demande ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Moi, je vais bien qu'on ait de l'empathie, mais les règles restent aussi de règles, on ne peut pas y déroger. Mais le contexte actuel m'invite dans l'exercice de mon travail d'être souple. Donc, la souplesse et la flexibilité peuvent faire l'office déontologique (rire).

Etudiant : Comment est organisé votre service ?

Rrh : Actuellement c'est difficile. Nous sommes tous tournés vers la crise sanitaire qui a pris énormément de place. Etant que RH, notre métier traverse beaucoup de difficultés du point de vue organisation. Bref, nous sommes partout pour la continuité de service.

Etudiant : Quelles sont les difficultés auxquelles vous faites allusion dans votre métier RH ? Et comment avez-vous résolu ces difficultés ?

Drh : Les difficultés ? **Etudiant : Oui !** Drh : Spécialement à l'hôpital ?

Etudiant : Bah, en général comme RRH !

Rrh : Ah ! Je dirai la première difficulté est celle que je venais d'expliquer précédemment. ; cette difficulté qu'ont certains nombre de membres du personnel à faire la distinction entre la mission dans laquelle ils s'investissent personnellement et quelque part c'est un travail comme les autres. D'où, la limite avec ce que je donne, du coup, un nombre de questionnement de manque du personnel surtout les soignants. Est-ce qu'en échange de ce que je donne, je reçois suffisamment ? est-ce que je suis suffisamment reconnu pour le don de moi-même que je fais de ma mission de soins aux autres ? Beaucoup d'équilibre n'y est pas et on voit beaucoup de blouses blanches comme on dit dans la rue manifester en disant : manque de reconnaissance, nous ne sommes pas reconnus à notre juste valeur. C'est en partie dit à tout ce que je suis en train d'expliquer. Hors en cette période de Covid, dire ne pas reconnaître les soignants, c'est faux ! Moi, comme je dis plus haut, j'ai choisi ce métier RH parce qu'il met l'humain au centre et cela veut dire, la reconnaissance et la juste valeur trouvent également leur place dans mes attributions sinon ça ne sert à rien de changer métier.

Etudiant : Tout à fait !

Rrh : Qu'est-ce que j'ai encore comme autres difficulté ou gros soucis dans le métier ! HUUUU ! Oui, c'est la pénurie de personnels !

Etudiant : Exactement !

Drh : Ouais, ça c'est très grave ! C'est vraiment grave surtout en cette période de Covid, non, non, c'est-à-dire trop de pénurie au point que dans de nombreux d'hôpitaux, on est obligé d'adapter les services ou la capacité en nombre de lits pour accueillir les patients parce qu'on n'a pas simplement des infirmiers ou personnels soignants en général pour staffer les services. Ça , c'est évidemment très important à souligner comme difficulté rencontrée dans ce métier. C'est vrai qu'on trouve aussi cette pénurie dans d'autres métiers, mais chez nous ce n'est pas comme dire : je n'ai pas de maçon pour construire la maison et revenez dans six mois. Non, ça ne marche pas comme ça ! Et tout cela amène une très forte pression dans l'hôpital parce que les personnes soignantes qui restent doivent doubler leurs efforts en sachant que les personnes qui restent n'ont pas assez de collègues pour assurer des services, elles font toutes seules et

donc de nombreuses heures supplémentaires qui génèrent de charge psychologique très importante. Ça, c'est un deuxième point très, très important à souligner.

Et la troisième difficulté, étant donné l'être qu'on trouve dans la mentalité de gens, de l'individualisme et la diminution de solidarité, on trouve beaucoup de patients qui se considèrent comme des clients et qui disent : moi, je paie mes impôts, donc j'ai droit à des soins et vous là, infirmiers, taisez-vous. Et donnez-moi les soins, point barre ! C'est aspect semble changer avec cette période de Covid-19 que traverse le monde hospitalier, une problématique de surcharge à l'hôpital.

Etudiant : Hum !

Rrh : Ah oui, on voit ça régulièrement ! Cet effet clientèle et si on pousse à l'extrême aussi, engendre la violence, une violence inouïe ; les patients parfois, s'énervent et deviennent très violents. Alors, je ne jette pas la pierre.

Etudiant : Tout à fait !

Etudiant : Vous évoquez la problématique de surcharge à l'hôpital ; comment pouvez-vous la définir en ce temps de Covid-19 ?

Rrh : Bien sûr, la surcharge est double, elle est d'abord physique, si vous entrez dans une unité où il y a des patients Covid, c'est une unité qu'on appelle en confinement c'est-à-dire les soignants doivent s'habiller comme de cosmonautes, donc il faut vingt minutes pour s'habiller et pour se déshabiller, il faut être plusieurs ; c'est très lourd, on a très chaud dans cette tenue. Les soins sont devenus très lourds en tout.

Deuxièmement, on n'a pas tous les staffs nécessaires. Donc, souvent les équipes en plus de faire un travail alourdi, très lourd, sur les équipes qui doivent faire plus d'heure. Dans la charge, il y a la charge psychologique, émotionnelle. Dans un hôpital, quand les patients viennent, on les soigne et ils sortent guéris. Mais au début de Covid-19, quand un patient rentrait à l'hôpital, on le soignait comme on pouvait parce qu'on n'avait pas encore de protocole qui fonctionnait et 1 sur 2 mourrait. Et ça, ça ne marche pas pour les infirmiers, ils n'en ont pas d'habitude ; nous, déontologiquement, nous sommes là pour soigner et guérir, c'est ça les règles et objectifs à atteindre, mais laisser mourir les patients, ça a été dur, insupportable, vraiment ça ne marche et ça a été psychologiquement très difficile à cautionner et très compliqué à assumer. Tous les personnels soignants se sont vus augmenter en eux la surcharge mentale qui provoque du coup, l'épuisement total.

Autre chose, c'est la peur. Nous avons tous peur sans exception.

Etudiant : Ah oui !

Rrh : Surtout au début, c'était vraiment compliqué tout le monde avait eu peur d'être contaminé voire mourir comme d'autres patients et le fait de confronter la mort tout le jour. Bah, je vous assure, ça augmentait la peur chez les soignants et sans distinction. Maintenant, avec les patients qui sont là, on a trouvé le moyen la plupart de temps de sauver la grande majorité, mais au début, on ne savait pas. Les membres du personnel avaient peur d'attraper la maladie, de peur d'être contaminés à leur tour, leur famille, leurs enfants ou leurs proches. Et ça, c'est la charge émotionnelle très lourde, beaucoup de gens craignaient ou s'ils tenaient psychologiquement, mais au début d'un an, un an et demi, on voit maintenant un nombre important de répercussion de membres du personnel qui décompensent, qui craquent maintenant. Donc, on est un peu dans le phénomène de choc post-Covid, post-traumatique ; ces gens-là, ils ont tenu, tenu, et tout à coup, ils ont lâché, ils craquent maintenant.

Etudiant : Et comment avez-vous réagi pendant cette première vague du point de vue organisationnelle ?

Rrh : Le mieux possible était d'utiliser de bonnes pratiques ayant trait aux compétences RH c'est-à-dire, il faut sécuriser le personnel, la sécurité était de mise et il fallait surtout tenir compte de la qualité de vie au travail de nos soignants, leur bien-être. On leur avait donné tout ce qu'on pouvait comme moyen pour mieux se protéger. Dans le coup, nous avons créé une cellule de crise qui était en interaction tout le jour avec le personnel pour s'assurer qu'on avait le moyen de protection, le processus dans l'hôpital qui protégeait tout le monde, on a mis les personnels et patients au numéro 1 et donc à un certain moment ça a été très dur, car il a fallu dire aux familles, vous ne pouvez plus venir visiter, donc, les décisions ont été très dures mais nécessaires.

Et après, au fur et à mesure, on a mis des psychologues à bord, on a ouvert une ligne d'écoute 24h/24h pour le personnel qui avait vraiment difficile. Et puis, après la 1^{ère} vague, on a imposé des choses, on a dit, on voulait de la supervision, on voulait dans chaque équipe ce qu'on appelle un débrief permettra à chacun de parler et de s'exprimer sur ce qu'il a vécu, on a formé bien après nos 280 cadres à pouvoir accompagner dans ce débrief et d'écoute des émotions ; on a depuis le début des psychologues qui tournent dans nos services, l'un après l'autre pour aider le personnel. On a lancé d'autres initiatives, on a mis en place des ateliers d'expression corporels ; donc, ça a été massage, yoga, hypnose, pour permettre aux personnels qui ont du

mal à parler, mais qui ont besoin de pouvoir s'exprimer, par le corps. Et après, la 2^{ème} vague, on a imposé aux personnels qui étaient en première ligne pendant la 1^{ère} vague, deux jours de congé, on a forcé les personnels de prendre les deux jours de congé, se reposer. Voilà ces genres de chose là. Vous me direz peut-être, quels liens avec les pratiques RH en tout cela ? Eh oui, je vous répondrai que tous ces détails du point de vue pratiques RH ont permis d'avoir du sens du travail, la reconnaissance ou la création de valeur ressources humaines sur nos personnels qui étaient à bord de détresse, et nous avons quelques résultats encourageants.

Etudiant : Quelle catégorie de personnels était concernée par cette imposition de congé « forcé » si je pourrais m'exprimer ainsi ?

Rrh : Oui, tous les personnels de l'hôpital sans distinction, mais l'accent était mis plus sur les soignants qui se trouvaient plus au front.

Etudiant : Et comment avez-vous pallié les absences ?

Rrh : Ah, ça ! Ça a été un problème. Donc, effectivement, on n'a pas assez déjà de personnels, permettre des gens de prendre deux jours de plus de congé, c'est encore plus de creuser dans nos indisponibilités. Donc, on n'avait pas de choix que de fermer les services. On a fermé des services, on a fermé de lits, c'est dommage, mais on a moins de disponibilité, on a dû dire à un certain moment que le service tourne à moitié de lits, au lieu d'avoir 30 lits d'épidémiologie, et on va devoir en avoir plus que 15 lits, soit 30 lits divisés par deux.

Etudiant : Quels sont les services les plus touchés de Covid au-delà d'autres services présents à l'hôpital ? autrement dit, les services cibles quoi ?

Rrh : Les services cibles étaient en premier les urgences, en deuxième, c'étaient les soins intensifs, donc, le fameux service où il y avait des respirateurs où on met en chambre isolement de personnes qui sont instables, les services d'épidémiologie puisqu'au début les services d'épidémiologie et cardiologie, étaient les services surtout épidémiologie. Et ces deux services là, on les a transformés en services confinés, fermés et alors il y a un certain d'autres services qui ont fourni du staff parce que, à ce moment là où on travaille avec de fameux uniforme de cosmonautes, il faut deux personnes là où il ne fallait qu'une, donc on a dû doubler le staff en prenant sur les autres. Donc, au début de la 1^{ère} vague, on a carrément arrêté les activités non urgentes et puis dans la 2^{ème} vague et 3^{ème} vague, on a dû réduire l'activité de moitié ou d'un tiers pour permettre de prendre une partie de staff et de les mettre dans d'autres unités pour les permettre de fonctionner. Bref, on a dû prendre de grandes décisions pour s'en sortir.

Etudiant : Comment avez-vous décider dans ce cas ? Elle a été prise tout seul en tant RH ?

Rrh : Alors les décisions, vous savez on les prend pas comme ça dans ce contexte. Donc, nous avons pris les décisions en équipe. Quand on est dans ce genre de problème comme celui de pandémie, on a ce qu'on appelle un PUH c'est-à-dire plan d'urgence hospitalière qui a été déclenché. Dans le temps on l'appelait plan catastrophe comme si un tas de blessés qui arrivaient en même temps et puis on a un plan catastrophe pour ça. Ici, c'est la même chose, du coup, il y a une cellule qui se réunit avec la direction médicale infirmière, les ressources humaines, des spécialistes, dans ce cas ici, les spécialistes d'épidémiologie, de l'hygiène, les urgences, unité des soins intensifs. On a quelqu'un qui s'occupe de tout le stock, stock de masque, stock de blouses et stock de tout ce qui est éjectable et spécialiste pharmacien et tous ces gens se réunissent tout le matin et on prend des décisions d'actions urgentes. Ça, c'est la 1^{ère} chose.

La 2^{ème}, ce qu'on était en relation avec les autres hôpitaux de la place pour s'assurer qu'on faisait la même chose en même temps, que les décisions étaient collégiales. 3^{ème} point, on était en relation avec la province donc les autorités officielles avec qui, également on alignait les décisions pour s'assurer qu'on était cohérent vis-à-vis des patients il n'y a pas un hôpital qui fait, il y a un autre qui fait tout à fait autre chose. Alors les gens se mettent à paniquer parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi on les traite autrement, voilà, mais c'est les décisions difficiles et qui devraient être prises comme telles.

Etudiant : Tout à fait !

Rrh : On a dû anticiper par exemple quand l'épidémie a commencé à monter, monter, on a vu qu'on était à 20%, 30%, 40%, 50%, 60% de nos soins intensifs occupés, tous les respirateurs occupés, on est arrivé à un moment à se poser la question est-ce qu'on va devoir faire comme en Italie aux entrées des urgences ou comme en Inde au mois de Mai, aux entrées des urgences et on dit ou on trie ; vous oui, vous non !

Etudiant : Que voulez-vous dire par là ?

Rrh : C'est-à-dire, vous, vous avez droit à un respirateur, sur quel critère ? Et vous, vous êtes jeune je ne sais pas quoi et vous, vous êtes vieux, non vous rentrez chez vous et mourir à la

maison. Dans le comité d'éthique, c'est la question qu'ils ont voulu trancher. Il faudra leur poser la question. Mais on s'est préparé pour ça, on a préparé un protocole aux urgences, un protocole de tri, donc c'était un très moment difficile à passer du point de vue déontologique de l'hôpital.

Etudiant : Alors, quel lien avec la déontologique que vous soulignez RRH ?

Rrh : Alors, les valeurs éthiques ou déontologiques comme RRH dans un hôpital, c'est l'opération au centre de cinq valeurs qui sont le respect et la bienveillance qui sont la synergie, on travaille toujours en équipe et puis on parle de l'excellence, ça c'est essentiel pour nous ainsi que l'exemplarité qui est la 5^{ème} valeur, si je peux résumer, à l'hôpital, nous prônons cinq valeurs qui sont : le respect, la bienveillance, la synergie, l'excellence et l'exemplarité. Ça c'est les valeurs d'entreprise ; les valeurs que l'on veut vivre que ce soit en périodes calmes ou sans haut stress. Il faut pouvoir faire face avec toutes ces valeurs-là. Donc, on sait bien les répéter en boucle dans toutes les décisions qu'on prenait qui étaient les décisions de groupe, collégiales qu'on a chaque fois écrites puisque dans une réunion de crise il y a toujours un procès-verbal qui dit les décisions qui ont été prises et ce sont les décisions de la majorité. Après tout le monde suit. Voilà, qualité et sécurité pour les patients, qualité et sécurité pour le personnel. Après malheureusement les familles ont été mal traitées ; c'est vrai que quand vous avez un patient qui était un grand-père, une grand-mère en unité soins intensifs et qu'on vous dit que vous ne pouvez pas le visiter, c'est terrible.

Etudiant : Ah, oui, c'est dur !

Rrh : C'est très, très dur, pas un jour, mais une semaine, deux semaines, 3 semaines. Et on vous demande, comment va-t-il, il va bien ? bah, bah, il ne va pas bien. Et quand est-ce que je peux venir le voir ; bah non, vous ne pouvez pas venir et alors, pire au bout de 3 semaines, il est décédé. Ouh ! On a décidé ce genre de décisions là. C'est vraiment affreux !

A cet instant, le Drh verse les larmes avec émotion.

Etudiant : J'imagine bien votre peine, beaucoup de courage !

Rrh : Merci, ça me va droit au cœur !

Etudiant : Au-delà de cette émotion manifestée, j'imagine bien qu'il y a eu aussi un moment d'empathie qui s'était créé ?

Rrh : Ah oui, heureusement ! On a vu dans les membres de personnel comme je disais tout au début sur l'empathie ; on a vu une très forte solidarité tout au début là ça été la panique jusqu'à 31 % de personnel qui étaient « malades » et puis les gens sont revenus travailler, ils ont bossé en équipe comme on ne les avait jamais vus travailler, mais en prenant sur eux. Et en puisant sur leur réserve d'énergie personnelle, en prenant sur eux, et il y a pas mal de gens qui paient la facture aujourd'hui parce qu'ils ont tout donné par rapport à leur capacité personnelle. Mais je ne sais pas ce qu'on fera à postériori.

Oui, oui, on a créé de l'empathie, mais beaucoup de gens, avec un an et demi de retard se sentent blessés.

Etudiant : Et dans ce contexte, comment avez-vous géré la capacité collective par rapport à la capacité individuelle dont il faut aussi tenir compte ?

Rrh : pourriez-vous poser cette question autrement ?

Etudiant : Oui, oui ! Au fait, quelle la différence avez-vous remarqué entre la capacité individuelle et la capacité collective dans cet élan de solidarité ?

Rrh : Ah oui, je comprends maintenant la question. Bah, on est dans un métier RH où les pratiques veulent que la capacité collective prône sur l'individualisme, surtout dans le milieu de l'hôpital. C'est un peu dommage à dire mais le miroir c'est assurer les services aux patients toute l'équipe. Le métier d'infirmier, si vous êtes infirmiers, et que vous avez pris congé aujourd'hui, mais si ce matin la personne qui devrait être de service est malade, on vous appelle et vous devrez venir. C'est quand un sacrifice donc, le collectif prône sur l'individuel. Après comment on fait pour qu'individuellement chaque individu soit pris en compte, en tant que Rrh, on met en place les jours de vacances spéciaux, des ateliers bien-être, il y a un suivi psychologique. Ils ont reçu par exemple de prime financière du gouvernement et de l'entreprise, mais les euros en termes de l'argent ne remplacent pas l'énergie individuelle, oui, ils ont le suivi à la demande. Nous essayons être aussi vigilant. Donc, dans ce métier, comme RH ou personnel soignant temporairement les besoins individuels passent au second, autrement dit, la flexibilité comme pratique trouve entièrement prend une place capitale.

Etudiant : Comment avez-vous communiqué pour être compris ou suivi ?

Rrh : Alors la communication est une pratique importante selon moi puisque je viens de ce monde du marketing et communication et mon passé de communicateur m'a beaucoup aidé dans cette fonction RH, donc, jusqu'à ce jour, je communique régulièrement. Mais pour la

période de Covid, on avait ce qu'on appelait une lettre d'information Covid sur chacun de site d'entreprise. Cette lettre comportait d'abord les dernières nouvelles parce que si vous vous souvenez bien ,ça changeait tout le temps, masque pas masque, vaccin pas vaccin, on peut visiter on ne peut pas, vous pouvez aller en zone rouge, en zone verte, quand vous revenez les quarantaines, les enfants à l'école. Tout ce truc-là, on informait toutes les semaines les personnels.

On a alors fait des vidéos de témoignages, de dizaines et de dizaines de membres du personnel qu'on a passés à tous les autres, de témoignages sur comment vous vivez le Covid. Je pense que ça, c'était une bonne chose parce que chacun a pu voir que les autres vivaient le même problème, la même expérience que moi. Et alors, on a dans chaque service, les chefs de service pourraient reprendre les indicateurs de l'entreprise où on en était c'est-à-dire combien de patients Covid, combien dans les unités soins intensifs sur chacun de nos hôpitaux, combien de décès, toutes les données, tous les jours, on ne cachait rien, on savait où on en était grâce à ces informations qui étaient fournies par les services.

Etudiant : Vraiment.

Rrh : Euh, je peux vous dire que c'est un principe de transparence qui a été mise en place et donc, par rapport à ça on peut dire c'une ligne de conduite qui est entrée dans la déontologie RH dans notre entreprise parce que le fait de le faire régulièrement, c'est une pratique qui reste en nous et je pense bien que cela doit continuer. D'ailleurs, nous continuons à communiquer avec transparence avec tous nos personnels hospitaliers et cela produit les fruits.

Etudiant : Quelles sont les pratiques RH ou compétences vous permettant de surmonter cette crise sanitaire avec réussite ?

Rrh : Je pense qu'il y a plusieurs pratiques ou compétences, la première, il faut beaucoup d'empathie pour comprendre et se mettre à la place du personnel ; en second , il faut beaucoup d'adaptation et d'agilité parce qu'il a fallu changer tous nos processus tout à coup on ne pouvait plus donner de formation en présentiel ; on ne pouvait plus rassembler les gens pour le remercier, on devait les recevoir avec de vitre entre les personnels, on ne pouvait plus aller dans le self-service pour manger, il faut tout changer dans les méthodologies de RH. Ça, c'était beaucoup d'agilité et d'empathie. Je pense qu'on a dû acquérir des nouvelles compétences de gestion de crise parce que le plan d'urgence hospitalière qu'on a dû lancer dans le passé, mais ça durait quelques jours. Voilà, les attentats à Bruxelles, ok ! on soigne 200 personnes arrivées blessées, mais dans une semaines, 15 jours, c'est fini et on est dans les suites de soins comme

d'hab., on est plus dans la suite d'urgence. Mais, ici, on est tous les jours dans les urgences depuis un an et demi, donc ce n'est pas du tout la même chose, il faut garder une énergie pour rester en urgence tous les jours. Ce n'est pas facile.

Par après, on a dû inventer des nouvelles choses, ah, mettez en télétravail toutes les personnes que vous pouvez, bah, dans un hôpital, comment on fait le télétravail. Donc, on a dû inventer le télétravail jusque-là il y avait 30 personnes qui « télétravaient ». Et là, en toute honnêteté, on a réussi à mettre 300 personnes en télétravail. Bon, sur 5000 collaborateurs, ce n'est pas beaucoup, c'est normal parce qu'ici à l'hôpital que tout se passe. Mais ces 300 personnes qui ont télétravaillé, au bout d'un en télétravail, vous les faites revenir, elles ne veulent plus revenir. Il fallait trouver un juste milieu pour fonctionner dans un nouveau mode de travail. Donc, on a dû changer beaucoup de choses au niveau de compétences et pratiques RH.

Etudiant : Et qu'est-ce que vous avez mis en place en termes de politiques RH pour relever les défis contre la surcharge de travail à l'hôpital ?

Rrh : Nous sommes en train de déployer un plan bien-être, donc on a constitué une équipe au sein de CHU qui se focalise essentiellement sur le bien-être au travail du personnel. On est dans la phase 1 qui est d'organiser une série d'ateliers avec les membres du personnel pour demander ce que c'est pour eux le bien-être au travail. Les solutions qu'on va nous proposer seront pertinentes. Après ça, la phase 2 sera un plan d'action pour améliorer le bien-être au travail du personnel selon ce qui est pertinent pour les soignants. Ça, pour moi comme DRH ce focus là il est important, c'est vraiment le bien-être au travail d'après le souhait et le mot du personnel. Ça, ça sera une 1^{ère} solution ; l'autre, simplement on va essayer de faire plus qu'on peut et on va devoir s'organiser parce que des infirmiers je n'en trouve pas, il n'y a pas sur le marché, on se les arrache à prix d'or, beaucoup quittent, on a beaucoup de burnout ici et ces gens-là on ne sait pas les remplacer donc on doit s'organiser différemment pour pouvoir donner les soins aux patients mais tout en respectant le personnel aussi. On ne doit pas demander aux gens de travailler 100 h/ semaine. Ça ne va pas marcher ! Donc, bien-être et réorganisation comme pratique RH à retenir pour moi.

Etudiant : Et avez-vous un plan de continuité d'opération ?

Rrh : (Rire), tout à fait, justement on doit se réorganiser pour permettre la continuité des soins, mais aujourd'hui on n'est pas loin de la rupture ; la rupture elle est dans le fait que un moment donné on doit dire bah on avait un service de 30 lits, on ne sait pas assurer, on doit passer à 15 lits. Donc, on est là, en train de travailler à notre organisation, qu'est-ce que les infirmiers

doivent faire dans les soins aujourd'hui, est-ce qu'on ne peut pas déléguer des tâches à quelqu'un d'autre, on est dans ces réflexions là pour l'instant.

Etudiant : Tout en vous remerciant pour votre disponibilité, mais comment voyez-vous le futur de métier RH ?

Rrh : Je crois, on va avoir de changement majeur c'est-à-dire le nombre de personnel disponible pour figurer les soins se réduit d'année en année, donc on va devoir faire les soins différemment. Alors c'est une tendance vers laquelle où on va pour l'hôpital, on va plus se focaliser pour les soins aigus et le reste des soins il faut les faire dans la maison, dans des polycliniques, dans de petites entités plus près des gens. Ça veut dire aussi que le métier va changer, il va falloir former beaucoup plus de gens, inventer de nouvelles façons de fonctionner, on va travailler plus sur le bien-être de manque du personnel au travail. Ce qu'il faut aussi retenir, c'est la transformation du travail imposé par la crise sanitaire qu'il fallait tenir compte.

Etudiant : Oui, oui ! Ce faisant, dans quelle mesure pensez-vous qu'il y a eu transformation du travail à l'hôpital pendant cette période de Covid-19 ?

Rrh : Ce qui est vrai il y a eu beaucoup de transformations dès l'apparition du covid-19 puisque le travail n'avait plus resté le même au niveau de structures organisationnelles. L'hôpital n'était plus le même, il a fallu repenser tout pour accueillir les malades, mettre d'autres dispositions matérielles avec beaucoup d'adaptations pour les personnels soignants de première ligne avec tout ce que vous connaissez comme mesures sanitaires ; en même temps, pour le travail à distance, la technologie nous a plus aidé avec la présence de télétravail comme je l'avais déjà évoqué. La communication était en temps réel. Tout ce qui est numérique ou digital a beaucoup contribué à la transformation de travail. Et grâce à cette technologie que nous avons pu entrer en relation avec les familles de patients.

Etudiant : Dans quelle mesure pensez-vous avoir été soutenu ou comment avez-vous soutenu le personnel soignant tant que RH ?

Rrh : Je pense l'avoir souligné en cours de notre interview que les personnels soignant étaient soutenus, mais je peux ajouter que le soutien venait de partout avec les petits cadeaux qu'ils recevaient et nous avons mis à leur disposition une prime, bien que cela était peu suffisant au regard de leur engagement. Mais il y avait aussi un élan de solidarité jamais vécu auparavant. Nous avons vu comment le travail en équipe avait eu son importance entre nous à l'hôpital, dans différents services.

Etudiant : Comment avez-vous concilié vie privée et vie professionnelle pendant cette période de Covid-19 ?

Rrh : Certes, c'est aspect qui m'a beaucoup inquiété surtout lors de la première vague parce qu'il fallait s'assurer des adaptations et transformations qui ont eu, en même temps il fallait se consacrer à la vie de famille avec les enfants à bas âges ; donc j'avais senti la surcharge de travail presque de deux côtés.

Etudiant : Tout à fait ! Comment avez-vous vécu le confinement ?

Rrh : Le confinement dans l'ensemble était bien vécu après pas au début avec tout ce que je viens de vous expliquer sur l'équilibre entre vie privée et professionnelle, en plus il y avait toujours un regard tant que RH pour les personnels soignants qui eux, n'avaient tellement bien vécu le confinement étant donné qu'ils étaient en première ligne.

Etudiant : Une fois de plus je vous remercie encore pour m'avoir accordé cet entretien.

Rrh : Je vous remercie également pour vos questions pertinentes, encore désolé pour le temps. Je vous souhaite bonne chance dans votre stage et vos études. Au revoir !

3. Entretien avec maman infirmière urgentiste et soins intensifs

Je me nomme Jules Vitika, étudiant à l'UCLouvain. Cet entretien est dans le cadre de mon mémoire qui porte sur « surcharge et transformation du travail à l'hôpital au temps du Covid-19 » Et Permettez-moi de vous demander la permission pour l'enregistrement

Etudiant : Pourriez-vous présenter, s'il vous plaît ?

Inf. : Voilà Bonjour, moi je m'appelle Béa. Je suis infirmière et ayant une expertise particulière en aide médicale d'urgence et soins intensifs, je travaille à la Clinique Sainte J. et Saint R de groupe des hôpitaux à Bruxelles. J'ai plus ou moins 20 ans de carrière comme urgentiste-intensiviste.

Etudiant : Ok. Permettez-moi de savoir entre 20 et plus de 60. Quelle est votre tranche d'âge ?

Inf. : J'ai 58 ans aujourd'hui. Avec le Covid-19, je ne sais pas fêter (rire). Bon , parlons-en maintenant.

Etudiant : Ah bon anniversaire ? Alors s'il vous plaît, est-ce que vous pourriez nous parler un peu de ce COVID ?

Inf. : Oui, effectivement. J'ai travaillé pendant la période de covid dès le début jusqu'à la fin annoncée de l'épidémie que je peux définir autrement.

Etudiant : Et pour vous comment définissez-vous le Covid-19 ?

Inf. : Pour nous, le COVID, c'était une épidémie qui est apparue pendant la période où nous avons souvent d'habitude de soigner des patients qui ont la grippe. Et donc tout au début, nous ne savions pas concrètement c'était quoi le COVID parce qu'il y avait beaucoup de simulations avec la grippe sauf que les symptômes de grippe souvent sont légères par rapport aux symptômes très graves que nous avons pu constater avec des patients COVID, parce qu'avec les grippe souvent les symptômes les plus fréquentes, c'était fièvre et tout fatigué, hein, qui ressemblent aussi à une grippe. Ce qui était vraiment difficile, c'est qu'ici le patient avait les mêmes symptômes comme la grippe mais dans le fil de temps les malades se dégradait c'est à dire à un certain moment qu'ils avaient des symptômes graves, entre autres, cette difficulté pour respirer, l'essoufflement et parfois il y avait des gens avec des douleurs à la poitrine. Ça a déstabilisé. On ne savait vraiment pas et même les précautions pour les masques et tous ceux qui suivaient n'étaient pas au départ mis en place.

Etudiant : Tout à fait.

Inf. : et nous par rapport à votre sujet qui est la surcharge de travail, tout doucement on voyait la surcharge de travail augmenter et en même temps, les différents collègues commençaient à tomber malades,

Etudiant : Hum

Inf. : et le médecin, et donc tout doucement, il y avait des absences, il fallait adapter, il fallait adapter et en termes de ressources humaines, il fallait adapter le personnel. En même temps, il fallait aussi adapter du matériel et, dans les matériels ,bah, nous avons dans les services d'urgence, par exemple quelques appareils de respirateur, on avait quelques respirateurs et ici, d'emblée, on se trouvait avec tous les respirateurs qui étaient occupés,

Etudiant : Tout à fait.

Inf. : et nous n'étions plus même dans l'abri parce que si on nous amène un patient qui n'est pas bien, qui doit être tout de suite mis dans un respirateur par exemple, mais on n'avait pas de respirateur de disponible. Et en même temps, du point de vue surcharge de travail tout de suite, ça augmentait, parce que aux soins intensifs, la loi nous autorise à avoir 3 patients maximum , si on a un ou deux patients sous respirateur, c'est à dire qu'il y a deux infirmiers qui sont mobilisés et qui ne suivent plus, qui ne suivent plus le fil des autres malades qui viennent parce que le patient sous respirateur exige une surveillance intensive, une présence permanente auprès de ces patient vue la gravité de leur état. Il faut les mettre sous respirateur, il faut les équiper de tout ce qui suit après, qu'ils ont été intubés, il faut prendre tout le temps les paramètres et là tout de suite la surcharge de travail augmente et comme la surcharge de travail augmente, la qualité des soins de l'autre côté, commence à dégrader. Je prends par exemple l'indicateur de nombre des heures que les gens attendaient aux urgences. Mais ça s'allongeait. Oui, parce que, au lieu de voir les gens au tri, toutes les 15 minutes, nous ne savons plus suivre, il y a les gens qui commencent à rester, même pour être vue, pour parler l'infirmier, ça commence à aller à 30, 45 minutes et tout ça dégradait parce que si il y a des gens qui ont le COVID, d'autres gens, d'autres personnes qui ont le COVID et qui n'ont pas encore été vues et qui restent longtemps comme ça dans la salle d'attente, ils se dégradaient de plus en plus. Voilà un peu ce genre de choses et que nous avons vécu et donc il n'y avait pas que la charge, la surcharge de travail, comme telle, il y avait la surcharge morale psychologique, physique. A ce moment-là, on commençait à suppléer les absents, à faire des pauses et beaucoup plus longues. Donc, il fallait s'adapter. Voilà,.

Etudiant : Ok. Et pendant ce temps-là, comment l'hôpital s'était-il adapté ?

Inf. : Ben l'hôpital s'est adapté de cette manière. D'abord, tout doucement, on a eu beaucoup de réunions où nous avons les psychologues, qui nous ont assistés psychologiquement. Et puis dans nos hôpitaux, y a toujours les équipes volantes qui viennent pour renforcer les équipes habituelles. Hé, c'est ce que nous avons, nous avons eu et les hôpitaux qui travaillent en consortium, comme notre hôpital, le groupe des hôpitaux. Nous avons 3 groupes hôpitaux. Et si on a beaucoup de malades eh ben on les envoie à ailleurs ou s'il n'y a pas de la place, on envoie les malades à Braine l'Alleud. Il y a eu aussi la rotation des infirmiers là où il y avait beaucoup plus de patients, on donnait un peu plus de renforts. C'est un peu de cette manière que nous avons pu gérer, mais c'était très difficile.

Etudiant : Ouais, exactement. Et dans cette période, comment communiquez-vous dans votre équipe ?

Inf. : Bah, la communication, nos chefs étaient très présents. Nous avons aussi d'autres personnes qui n'étaient pas des infirmiers mais qui devaient aider pour la logistique et qui devaient aider pour le reste de logistique, du matériel, et tout ça. Et nous vraiment nous étions vraiment beaucoup plus pour les patients. La direction des ressources humaines, notre direction était beaucoup plus présente, surtout dans notre unité des urgences qui est la porte d'entrée. On a vu que le soutien de ressources humaines était très, très important pendant cette période.

Etudiant : Ben oui, vous avez-vous avez dit, vous avez vu que les soutiens de RH étaient très important, dans quelle mesure ?

Inf. : Déjà, la communication, oui, la communication était très, très, fluide, c'est à dire que toutes les informations, tout ce qui se passait et nous étions au courant. La RH communiquait à temps réel. Hum nous avons été préparés pour dire que voilà quelque part, notre profession nous demande à un certain moment de pouvoir se donner pour les autres et que même qu'il ait la maladie même qu'on sait, il y a le risque que nous courons pour mourir ou quoi que ça soit, mais quelque part c'est vraiment notre objectif, notre idéal, c'est de rendre service auprès de patients. Et quand ces moments-là, ils avaient besoin de nous et nous devrions donner le meilleur de nous pour assister les patients.

Etudiant : Vraiment. Et pendant votre longue expérience, avez-vous déjà connu des crises pareilles ?

Inf. : Euh non, non, d'amblée je ne vois pas non. Je n'avais jamais connu une situation aussi dramatique que ce COVID.

Etudiant : Et quelle a été votre première réaction quand il y a l'apparition de COVID ?

inf. : La réaction, c'est, c'était la panique et surtout la peur. Oui, je sais que j'avais fait même une interview sur un journal. Hé, c'était un peu de la panique surtout de la part de nos familles qui voyait la maladie grave et contagieuse, mais quelque part on essayait toujours de dire à la famille que c'est notre travail. Et que c'est comme le militaire pendant la guerre

Etudiant : Exactement. Est-ce que COVID a-t-il engendré d'autres priorités s'il y en avait ?

Inf. : Lesquelles par exemple ? Moi, pendant le Covid, il y avait beaucoup d'inégalités sociales. Par exemple, pendant la période de confinement, il y a des familles qui n'ont pas de moyens, il y a des familles avec plusieurs enfants. Ils ont par exemple appartement avec 2 chambres, peut-être qui n'ont pas d'ordinateur

Etudiant : Effectivement

Inf. : Oui, les enfants devraient suivre les cours à la maison, avec un seul ordinateur que certaines écoles proposent. C'est vrai qu'il y avait dans des écoles qui proposaient des ordinateurs aux familles qui n'en ont pas. C'était difficile pour que les enfants suivent l'enseignement à la maison avec un seul ordinateur, ils sont peut-être 2 ou 3 et parfois même des appartements non appropriés, qui n'ont pas d'espace.

Etudiant : Mais pensez-vous qu'il y a eu quand les priorités pendant cette période dans votre travail ?

Inf. : Bien sûr ! Les scientifiques se sont mobilisés rapidement pour trouver les solutions, nous avons vu avec le vaccin, mais il y en avait aussi d'autres priorités sur le plan organisationnel par exemple.

Etudiant : Pourriez-vous nous parler de votre service, de son organisation et son fonctionnement aussi avant et pendant la période du COVID ?

Inf. : Avant le COVID, dans mon service, nous recevions, je pense, 60 à 80 patients par jour. Et pendant la période de Covid-19, nous sommes arrivés à 130 voire plus passages par jour.

Etudiant : Oh là !

Inf. : franchement, il y avait beaucoup de soucis. Mais comme je vous dis l'esprit d'équipe, l'intervention de RH et notre département infirmier qui était beaucoup plus présent pour organiser, pour nous faciliter certaines choses, je pense que c'était crucial.

Etudiant : Et selon vous, dans quelle mesure ces services ont été capables de relever ces défis ?

Inf. : Mais le service des ressources humaines a relevé le défi par son engagement, par sa présence, aussi par son accompagnement. Donc c'est à dire qu'il savait qui est là, qui n'est pas là, comment est-ce qu'il faut compenser, comment est-ce que il faut ajouter ; si on n'a pas la possibilité d'ajouter de personnels paramédicaux, on ajoute les personnels, par exemple logistique, pour que les infirmières ne fassent plus les lits, donc les infirmières ne commandent, ne cherchent plus du matériel que tous les matériels soient par exemple au chevet du patient et ne pas perdre le temps ou quoi Ça c'était quand même un peu de la planification par rapport aux ressources humaines.

Etudiant : Chez vous dans quelle mesure pouvez - vous nous dire qu'il y a eu le manque de matériel ou pas ?

Inf. : Par rapport à la disponibilité des lits où l'accueil des patients ? Oui, au fait, à un certain moment tous les lits étaient pris. Hey, tous les lits étaient pris mais comme je vous disais, le corps des ressources humaines, la planification de lit a bien quand même, par exemple, compasser le lit, l'admission du jour a libéré les lits pour les amener, par exemple aux urgences , ça, c'était le travail des ressources humaines, avec la planification exactement. Je dirai grâce aux ressources humaines que nous avons vu la transformation qui a eu pour continuer notre travail.

Etudiant : Dans quelle mesure pensez-vous qu'il y a eu la transformation du travail pendant le COVID ?

Inf. : Hum avant quand on recevait les patients, il n' y avait pas un débordement.

Etudiant : tout à fait.

Inf. : Mais comme il y a eu ce débordement des patients, avec charge de travail il a fallu trouver d'autres moyens exactement pour que ces changements opérés pendant cette période de COVID ne puissent pas déstabiliser complètement les services jusqu'à conduire à l'abandon de patients.

Etudiant : Du point de vue relationnel, comment s'étaient passée vos relations? Entre vous d'abord dans l'équipe !

Inf. : Il y avait un esprit d'équipe, c'est ce que je vous avais dit dès le départ.

Etudiant : Tout à fait.

Inf. : Le fait d'avoir nos gens de ressources humaines beaucoup plus présents, beaucoup plus constructifs, beaucoup plus valorisants, ils nous ont valorisé, ils ont compris qu'il y a du travail, qu'ils ne doivent pas nous laisser tout seuls. Cela a fait malgré qu'il y avait du travail avec stress. Mais avec cette idée d'équipe, cette coalition d'équipe, nous n'avons pas vraiment de problème relationnel très grave. Parce qu'on avait tout ce qui fallait par exemple, on avait de l'eau, nos cafés, du sucre, du lait qui étaient donné gratuitement. C'est rien du tout dans un travail, mais les ressources humaines restent quand même un département important pour les unités de soins.

Etudiant : Et pendant ce temps, comment s'est passée vos relations, c'est à dire une relation entre patients et soignants ?

Inf. : Haha les relations entre patient et soignant, c'était un peu limite. C'était trop stressant, il y avait quand même beaucoup d'agressivité, surtout de la part de la famille.

Etudiant : En effet.

Inf. : Oui. Parce que pour le COVID, il ne faut pas de visites. Alors vous voyez bien qu'en Belgique, dans les droits des patients, les patients ont quand même droit à la visite Et donc, maintenant que l'on ne voulait pas de visites les familles ne comprenaient pas.

Etudiant : Tout à fait.

Inf. : Mais d'après la loi pour les soins, la famille doit participer aux soins. Amener par exemple parfois la nourriture ou amener les vêtements du patient. Avant, c'était une manière que le patient garde encore le contact avec sa famille, qui l'encourage. Mais avec le COVID, toutes ces mœurs ont changé, il ne faut pas des visites, il ne faut pas amener des vêtements, il ne faut pas amener la nourriture, même les biscuits quoi que ça soit, non, non, c'est non. Alors c'était difficile, il fallait expliquer que non, on est en période de maladie liée à l'épidémie, il y a des choses qu'on ne connaît pas et on ne peut plus se permettre. Non, parce que là il y avait par exemple, le fait d'être en isolement. Donc, quand vous êtes en isolement, vous ne pouvez pas sortir de votre Chambre Oui, oui, pour aller aux toilettes. Donc il faut rester dans la Chambre exactement pour le malade quand vous lui dites Madame, monsieur, voilà, il y a la vanne ici,

vous faites vos besoins dans la chaise, chaise percée par exemple parce que vous ne pouvez pas sortir dans les couloirs de peur d'aller contaminer les autres. Mais personne ne comprenait, pas même le patient isolé. Il y avait beaucoup de choses, d'incompatibles. Quand quelqu'un mourait d'habitude, même si la personne meurt dans un box, que ça soit aux soins intensifs, que ce soit aux urgences, nous devons attendre la famille, oui, oui. avant de mettre le patient à la morgue, oui. Mais avec le COVID, il fallait tout emballer le patient avec double sac. Tout ça pour la famille, c'est quelque chose d'épouvantable de ne pas voir la personne. Bah donc, tout ça menait beaucoup, beaucoup d'agressivité que ça soit les patients eux-mêmes qui comprenaient pas, il y en a ceux qui disaient oui mais laissez-moi je pars, je voudrais aller mourir chez moi et malgré ça et tout et tout c'était difficile mais tout le temps nous devrions aussi expliquer, garder la tête froide pour assumer notre tâche, qui est aussi, de sensibiliser de dialoguer avec les familles.

Etudiant : Ah oui comme c'était dur. Mais dans ce cas, comment sentez-vous émotionnellement au travail ?

Inf. : Ben émotionnellement, parce que il y a question d'émotion, il y a la question du professionnalisme. Exactement. On sait que ce sont des maladies contagieuses. Oui donc, moi, personnellement je n'avais pas d'émotion parce qu'on emballait la personne. Si on emballait la personne avec double sac, c'est pour qu'il n'y ait pas la contamination, et comme professionnels nous devons aussi faire la prévention.

Etudiant : Exactement.

Inf. : Donc quelque part sont des gestes que nous faisons pour protéger les restes de la Communauté. Mais je dois l'avouer quand je rentrais chez, je n'étais plus à l'aise.

Etudiant : Ceci étant, comment votre service avait-il assuré la santé mentale et la sécurité ?

Inf. : Je vous ai dit qu'on avait de briefing avec le psychologue. Les ressources humaines avaient mis en place une ligne téléphonique avec laquelle on pouvait appeler quand nous travaillons la nuit, le jour, tous les shifts quand on ne pouvait plus. Il y avait toujours dans la semaine, une journée où nous faisons un briefing avec le psychologue.

Etudiant : Pensez-vous que le COVID avait-il eu l'impact sur la santé mentale dans votre travail ou service en général ?

Inf. : Oui, tout à fait.

Etudiant : comment s'il vous plaît ?

Inf. : Il y a eu beaucoup d'absences, beaucoup de burnout, si je vous dis que le Covid n'a pas eu d'impact au niveau mental, c'est faux. Il y a eu d'impact parce que la peur quand vous entrez dans une chambre où vous savez que la personne est contaminée, vous êtes obligé d'y aller parce qu'il faut lui donner des soins. Ça ne fait pas passer sans rien parce que vous êtes quand même humain tout à fait. Et que chaque fois, vous venez et vous vous dites, ben je ne sais pas le nombre de cas Covid que je veux aujourd'hui. La peur a beaucoup joué.

Etudiant : Et comment avez-vous maîtrisé la peur dans ce cas ?

Inf. : Maîtriser ? tout ce que vous voulez, mais c'est comme je vous dis. C'est une vocation et moi je suis infirmière depuis que j'ai l'âge de 20 ans, aujourd'hui, j'ai 58 ans. Bon, qu'est-ce que vous voulez ? C'est, c'est un métier, et dans chaque métier, il y a de risques liés à la profession.

Etudiant : Evidemment.

Inf. : Oui , on fait avec, chacun à sa personnalité et ses raisons. Pour vous dire que ça dépend de l'appréciation que l'on donne à son engagement. Exemple, les ressources humaines, non plus ce n'est pas si facile.

Etudiant : Et comment sentez-vous en travaillant avec stress, surtout en toute urgence, pendant cette période de Covid-19 ?

Inf. : Mais je vous avais déjà répondu oui. En disant que pendant cette période, nous avions une assistance psychologique permanente, il y avait une ligne avec laquelle on pouvait appeler quand on se sentait trop stressé, ou embarrassé, on peut appeler à n'importe quelle heure.

Etudiant : Ok.

Inf. : Je vous avais déjà dit ça et je vous avais dit que dans la semaine, on avait toujours un briefing. Ce qui était trop stressant, c'est prendre la décision de trier prioritaire pour bénéficier le respirateur.

Etudiant : Et sur base quels critères se faisait le tri?

Inf. : Le tri se faisait sur l'examen clinique, surtout les problèmes respiratoires. Parce qu'il y a une incompatibilité dans la vie de certains paramètres par exemple la saturation ; la saturation, c'est l'oxygène, comment est-ce que l'oxygène est exprimé dans le sang. Quand quelqu'un avait. 80. 85 de saturation et qu'il ne répondait pas à l'aérosol qu'on lui donnait comme traitement. Avec ça, il ne peut pas continuer à vivre, il faut l'intuber et lui mettre dans la machine.

Etudiant : Et par rapport aux horaires et tâches, comment étaient-ils organisés ? Qu'est-ce qui avait changé ?

Inf. : Chez nous, les horaires n'ont pas changé, nous faisons 12h, de 7h30 à 19h30. Les horaires n'ont pas changé parce qu'il y avait la pénurie du personnel, et nous, on est des services spécialisés, on ne trouvait pas des gens pour épauler nos services. Donc, il y a eu vraiment pénurie des soignants en général.

Etudiant : Et comment était comble toutes ces pénuries par exemple ?

Inf. : Ben, je vous avais dit que c'était très difficile, mais il y a eu des petites adaptations. L'équipe volante et les gens venaient pour nous aider tout en sachant, comme je l'ai dit, le département infirmier et de ressources humaines qui nous ont bien fait comprendre qu'on ne sait pas vous donner plus qu'ils en ont. Alors les infirmiers qui sont dans les équipes volantes ne sont pas des infirmiers spécialisés, mais ce ne sont que des infirmiers qui peuvent faire certaines tâches.

Etudiant : Ok.

Inf. : Alors ils nous ont aidé avec d'autres tâches. Et on ajoutait des aides logistiques pour que tous les matériels soient prêts pour nous. La résilience par exemple, on avait vraiment constaté que la résilience était limitée étant donné qu'il n'y a pas de réserves des infirmiers en Belgique.

Etudiant : Et que pourrait-on proposer dans des pareilles circonstances de crise ?

Inf. : Je peux proposer par exemple payer correctement les personnels soignants. Parce qu'en Belgique, la pénurie n'est pas seulement parce qu'il y a peu d'infirmiers ; mais il y a des infirmiers qui sont partis pour faire autre chose parce que le métier d'infirmier est trop contraignant et le salaire ne suit pas.

Etudiant : Avez-vous eu le sentiment d'abandon ?

Inf. : Oui, oui, il y a quand même quelques personnes qui ont changé la profession voire quitter totalement le métier.

Etudiant : Et cela ne vous a pas tenté de quitter ? Qu'avez-vous dit en ce moment-là ?

Inf. : Au bout de 30 ans ? Ah non, parce que j'aime bien mon métier, je n'ai jamais eu l'ambition de quitter le service parce que j'ai l'expérience, je sais tout faire que ce soit aux urgences ou en soins intensifs. J'ai une grosse expertise (mort de rires...)

Etudiant : Qu'est-ce vous avez-vous retenu de toutes ces transformations provoquées par le Covid-19?

Inf. : Ben de tous ces changements ce que j'avais retenu, on n'a pas vraiment une réserve d'infirmiers ou personnels soignants en général. Et si jusqu'aujourd'hui, le Covid serait encore là, il y aurait d'autres situations encore plus graves.

Etudiant : Bon on n'en souhaite pas. Mais d'autre part, que pensez-vous en termes d'opportunité engendrée par Covid?

Inf. : Ben, l'opportunité que le Covid a engendrée, on savait que l'on pouvait compter sur notre direction, la population tout entière ainsi que le gouvernement qui a compris que nous étions utiles parce que chaque soirée on devrait nous acclamer pour les infirmiers ou personnels soignants.

Etudiant : Pour vous, c'est ça l'opportunité ?

Inf. : Ah oui, je n'ai pas bien compris la question. En effet, il y a oui l'opportunité créée, les scientifiques se sont mobilisés pour trouver les solutions bien ce qui n'est pas le cas pour d'autres maladies dont les recherches continuent jusqu'à ce jour. D'autres opportunités, c'est clair les transformations et les adaptations qui ont eu lieu dans les hôpitaux pour continuer à accueillir les malades et continuer le travail.

Etudiant : Alors que retenez-vous de l'expérience de cette crise en termes de surcharge et transformation du travail ?

Inf. : Bien, ce que je retiens et que les ressources humaines ont fait le maximum pour avoir ce qu'il fallait pour personnels soignants dans les unités qui nécessitaient le renfort. La nouvelle technologie a joué son rôle. La transformation s'est faite pas qu'au niveau matériel, mais également au niveau de notre travail comparativement à notre façon de travail avant Covid-19.

Etudiant : Exactement. On ne souhaite pas qu'il ait encore une nouvelle crise, mais comment allez-vous vous positionner en cas de crise pareille ? Dans quelle mesure sentiriez-vous prêt pour l'affronter ?

Inf. : Comme je vous ai dit dès le départ, c'est notre profession. Oui, c'est lui d'accompagner des malades tout à fait tout à fait. Nous n'allons pas abandonner les malades et nous nous avons l'expérience de part cette crise. Je pense qu'on pourrait mieux s'en sortir.

Etudiant : Pensez-vous avoir bénéficié d'autres soutiens extérieurs au-delà de ceux dont vous venez de citer tout à l'heure ?

Inf. : D'autres soutiens ? **Etudiant : Oui.**

Inf. : Par exemple, on avait des documents qui nous servaient de laisser-passer, je ne sais pas pourquoi toutes ces choses me restent dans la tête, c'est à dire que le Covid, en question m'a marquée. On avait des lettres qui, par exemple, si on arrivait dans un magasin et qu'on trouvait qu'il y avait le fil, on pouvait passer en priorité parce qu'on faisait partie de personnels soignants. Pendant le confinement, il y avait de couvre-feu, mais avec cette autorisation qu'on avait, on pouvait passer. Je pense que en termes de cette régulation, ils ont quand même bien fait oui, ou . pour moi, c'est aussi une forme de reconnaissance

Etudiant : Et pensez-vous que c'était l'unique reconnaissance dont vous avez besoin où vous vous sentiez quand même reconnu?

Inf. : Oui, il y en avait d'autres sous forme des cadeaux par exemple, des gens qui nous apportaient à manger des bonbons, de jus ou à boire en général. Et puis l'Etat a donné la prime Covid.

Etudiant : Mais dans quelle mesure avez-vous vraiment le sentiment de reconnaissance de votre hiérarchie ?

Inf. : C'est tout au long de la période de Covid, en tout cas, pendant la période du Covid, ils étaient présents.

Etudiant : Alors, tout au long de notre entretien, vous avez parlé un peu de baisse ou diminution des qualités des soins. Pensez-vous pendant la période de Covid-19 de la qualité de vie au travail ?

Inf. : La qualité était amoindrie dans la mesure où il y a eu beaucoup d'absences qui n'étaient pas parfois compensées. Ce qui avait beaucoup de conséquences dans l'organisation par exemple. Et on ne savait pas qui sera là présent ou pas demain ou après.

Etudiant : Pendant cette période, comment avez-vous concilié votre vie privée professionnelle ?

Inf. : Bien étendu, c'était difficilement.

Etudiant : Vraiment.

Inf. : Toujours en continuant à expliquer que notre travail choisi, c'est celui-là. Oui, en sortant de l'hôpital, il faut pouvoir se laver, reprendre un nouveau masque, retourner à la maison de changer les vêtements, d'abord plusieurs fois au travail et à la maison aussi. Voilà ce qu'il fallait faire et mettre certaines choses à disposition. Au niveau de famille, c'était compliqué.

Etudiant : Ok. Combien de temps Habillez-vous, c'est à dire avant et pendant la période de Covid parce qu'on a, on a entendu parler des changements de tenues, comment cela se passait au juste ?

Inf. : Certes l'habillement en lui-même nous prenait de temps et pendant cette période on faisait 15 minutes pour s'habiller, et ça je vois que les syndicats ont obtenu ça et le temps de vestiaire soient comptabilisés de comme heure de travail. heureusement pour nous.

Etudiant : Tout à fait.

Etudiant : Et comment avez-vous vécu cette période de confinement ?

Inf. : La période de confinement, c'était une période assez bouleversante. pour le faire ça. Bien que. Bien que moi j'avais cette autorisation pour sortir, mais dans l'ensemble, c'était quelque chose de très difficile de rester dans la maison.

Etudiant : Que pourriez-vous ajouter sur la surcharge et la transformation du travail dans l'hôpital au temps de COVID ?

Inf. : C'est pertinent d'évaluer un peu ce qui s'est passé pour apporter certaines améliorations la qualité de soins et du travail qui, pendant cette période, s'était quand même un peu dégradée sans le vouloir. Et nous avons remarqué que la résilience des hôpitaux n'était pas au top. On ne peut pas s'en cacher, car dans plusieurs travaux on en a parlé. Il faut vraiment que les RH aient la possibilité d'avoir le maximum de personnels pour ne pas vivre tout juste ce qu'on a vécu parce qu'il y a de gens qui ont été démotivés, ont quitté le métier soit par burnout, soit par maladie, il y a de gens qui sont morts bien qu'on garde l'omerta . Et quand il y a une surcharge de travail, même les personnels soignants ne sont pas protégés.

Etudiant : Mais quand vous dites que les personnels soignants ne sont pas protégés, pourriez-vous vous expliquer, s'il vous plaît ?

Inf. : Oui, dans le sens par exemple, entrer dans une chambre d'isolement et appliquer sérieusement toutes les règles, ça demande que vous soyez dans un état correct. Quand on est fatigué, vite stressé, on ne fait plus les choses correctement, ni dans l'ordre ou dans l'art. Et

donc les RH doivent arriver à protéger les personnels de cette surcharge de travail parce qu'à long terme c'est une perte occasionnée par les absences ou d'abandon.

Etudiant : Je vous laisse le dernier mot s'il y a ajouter, que pourriez-vous dire ?

Inf. : Je pense avoir dit l'essentiel et je vous remercie pour vos questions très pertinentes. Bonne chance pour la suite de vos recherches.

Etudiant : C'est moi qui vous remercie vraiment pour votre disponibilité.

4. Entretien avec un patient guéri de Covid-19

Je me nomme Jules Vitika, étudiant à l'UCLouvain. Cet entretien est dans le cadre de mon mémoire qui porte sur « surcharge et transformation du travail à l'hôpital au temps du Covid-19 » Et Permettez-moi de vous demander la permission pour l'enregistrement

Etudiant : Pourriez-vous présenter s'il vous plaît ?

P : Je suis monsieur Rex. J'habite en Belgique en Flandre, mais je travaille à Bruxelles.

Etudiant : Quelle est votre tranche d'âge entre 20 et 60 ans ?

P : J'ai 46 ans, né le 20 juillet 1975.

Etudiant : En fait, je vous ai expliqué le sujet, mais il est aussi question de savoir un peu sur les personnes ayant souffert du Covid-19.

Etudiant : Dites-moi, actuellement comment vous vous sentez ?

P : Maintenant je peux dire ça va de mieux en mieux.

Etudiant : Est-ce possible de nous parler un peu de votre maladie en général ?

P : Bon je ne m'attendais pas, j'étais en voyage en Italie. Et quand je suis rentré en Belgique, chez moi à la maison tout allait très bien.

Etudiant : Tout à fait.

P : Au fait, c'est ma femme qui travaille dans le secteur paramédical qui a été première d'être testée positive du Covid-19 et quatre jours après, c'est moi qui ressentais les symptômes avec de maux de tête. Chaque 30 minutes, ma santé commençait à se dégrader. Au fond de moi, je commençais à sentir les symptômes de Covid-19, j'avais de température de 39 et 40 °, en même

temps je venais de perdre 5 membres de ma famille qui venaient de mourir de Covid-19, tout cela ne faisait que confirmer mon hypothèse de Covid.

Déjà l'information de télévision ne m'avait pas non plus aidé au motif qu'il faut d'abord appeler en cas de symptôme et non partir directement à l'hôpital. J'ai suivi les consignes en appelant l'hôpital, le médecin me demande seulement de prendre le Dafalgan et de rester en quarantaine à la maison. En même temps, ma santé continuait à se dégrader et je perdais petit à petit la respiration. Mais j'appelle encore l'hôpital pour expliquer, le médecin insiste toujours de rester à la maison et le troisième jour la situation ne faisait que s'empirer et la position de médecin ne changeait toujours pas. Alors ma femme prend la décision d'appeler l'ambulance par peur, je l'ai découragée de le faire.

Etudiant : Mais pourquoi, s'il vous plaît ?

P : Bah, en pensant que si elle appelait l'ambulance avec cette vague et mon état et vu le refus de médecin de me recevoir, ce serait l'occasion de me perdre. D'où, je vais seul à l'hôpital. Avant de partir, j'ai pris les précautions de montrer à ma femme tout ce qui était l'essentiel en cas de décès. Car je ne pensais pas revenir comme mes membres de familles qui ne sont plus revenir.

Etudiant : Jusqu'à ce niveau ?

P : Ah oui.

P : J'arrive à l'hôpital, le médecin me met le thermomètre à distance. Il dit, comment vous êtes arrivé ici ? C'est impossible avec cette température et directement il appelle le brancardier et on me met dans la civière. Mais ce que je n'ai pas aimé, en me conduisant, le médecin va dire directement, monsieur, écoutez, je ne sais pas si vous allez vous en sortir, oui. Je crains le pire pour vous vu votre état qui va continuer encore à se dégrader d'ici peu.

Etudiant : Ah bon ?

P : Mais, j'ai trouvé ça négatif de sa part qu'un médecin dise ça à son patient.

Etudiant : Vraiment.

P : Et j'ai eu le réflexe d'appeler ma femme, comme elle est aide-soignante d'être déjà en alerte. C'était vraiment un point négatif pour moi.

Parce qu'au lieu même de me rassurer, le médecin va déjà créer une psychose chez moi. Il me dit votre état est très compliqué, je ne sais pas ce que je peux et il va plus loin pour me demander si j'avais l'assurance décès.

Etudiant : J'imagine bien votre peur ?

P : Et directement ma femme a appelé le médecin et commençait à harceler l'hôpital. Chaque 30 minutes, elle appelait et disait au médecin de ne rien faire sans lui poser la question et elle refusait catégoriquement que je sois intubé. Et qu'il me laisse mourir sans intubation. Sinon, elle allait alerter la police. J'avais fait d'ailleurs une semaine à l'hôpital.

Moi, je ne savais plus parler, mais femme continuait appelé, dérangé l'hôpital, toujours derrière le téléphone. Après le médecin va dire à femme, je donne à votre mari pour voir s'il va résister, mais il n'y a pas d'espoir pour qu'il s'en sorte car ses poumons se sont déjà abîmés.

Etudiant : Et quelle était votre attitude pendant ce temps ?

P : De mon côté, je commençais à sentir que je trépassais, je ne respirais même plus, on m'a mis le masque, mais leur solution était toujours de m'intuber. Vraiment j'ai frôlé la mort parce que je commençais déjà à voir les images, c'est comme si je sortais de mon vrai corps. Et dans mon coma je commençais à penser à mes enfants, ma famille, je pleurais même.

Etudiant : Et quel souvenir gardez-vous de tout ce que vous venez de nous relater ?

P : Ah, je peux dire négatif. Puisque j'étais laissé seul dans la chambre de l'hôpital. Et quand je m'étais réveillé je vois qu'il y avait déjà tout ce qui était prévu pour me transférer à la morgue, avec le sac funèbre et consort. Malheureusement, je ne parlais pas et je ne savais quoi dire, je ne savais que regarder et observer.

Etudiant : En tout cela, comment jugiez-vous votre relation avec l'équipe soignante ?

P : Bon je ne dirai pas positif ou négatif parce que d'une part, le médecin ne m'avait pas bien accueilli, je pèse mes mots mais j'avais compris qu'elle me préparais déjà pour mourir vu tout ce qu'elle me posait comme question. J'avais aussi compris qu'il y a un tri qui se faisait pour les malades à soigner et ceux qui devraient peut-être, directement mourir. Mais au nom de deux infirmières qui étaient très proches, qui venaient me laver, entre régulièrement dans ma chambre pour voir mon évolution, je garde une relation positive.

Etudiant : Dès l'entrée, je constate que vous répondez quasiment aux questions préparées. Mais comment jugiez-vous vos relations avec les personnels soignants ?

P : C'était négatif en gros. Puisque n'eût été que ma femme soit derrière le téléphone et faire les menaces, je ne pense pas être en vie aujourd'hui. D'ailleurs, l'hôpital ne voulait pas la présence de mes proches et avait menacé de poursuites contre ma femme. Et ma femme avait répondu, c'est moi qui vais vous poursuivre, ajoutant que la police était déjà prévenue. Ce qui semblait être vrai parce que quand j'étais sorti de l'hôpital j'étais surpris de recevoir l'appel de la police pour prendre de mes nouvelles et ma femme m'avait expliqué tout cela après. C'est seulement ma femme qui prenait l'initiative d'appeler et l'hôpital n'appelait pas

Après une semaine de ma sortie de l'hôpital, j'ai reçu l'appel du médecin pour le contrôle de mon rythme cardiaque, mais j'avais catégoriquement refusé. Car je ne pense pas que ce médecin cherchait ma guérison vue l'expérience vécue et je lui avais fait savoir au téléphone.

Etudiant : Si vous avez déjà hospitalisé dans le passé, quelle différence pourriez-vous faire entre votre hospitalisation avant et pendant Covid-19 ?

P : Effectivement, j'étais déjà hospitalisé plusieurs fois avant Covid-19 et ça s'est passé très bien avec les personnels soignants étaient très proches de malade, ils étaient même gentils, restaient à l'écoute ; tout était positif à tel point que tu n'avais même plus l'envie de retourner à la maison ou ça donnait l'envie de retourner pour le contrôle ou ne serait-ce que pour saluer les personnels soignant. Mais pendant le Covid-19, c'était un cauchemar, pour moi, les personnels soignants traitaient les malades à soigner. Ils étaient très distants, il n'y avait pas la communication entre moi et eux, difficile pour demander de l'aide, je ne les voyais pas être sociables. Non, ils étaient pour moi comme des monstres, ils n'aidaient pas les gens, j'ai même tendance à dire qu'il y avait une sorte de discrimination, pas d'écoute. Moi-même, ils ne voulaient pas me toucher à part ces deux infirmières dont je garde de bons souvenirs. Pendant la période de Covid-19, je vais dire c'est négatif. Quand je suis sorti de l'hôpital, personne ne m'a dit ce que je devrais faire pour la suite de mon traitement, c'est comme si on s'est séparé en queue de poisson ou ils étaient surpris de ne pas me voir mourir.

Etudiant : Ne pensez-vous pas que cela était lié au contexte du Covid-19 qui demandait la prudence ?

P : Bien sûr ! Mais ce n'est pas de telle façon qu'un corps médical devrait se comporter à l'égard de malade.

Etudiant : Bon si je comprends bien, il n’y avait pas de relations entre vous patient et les soignants. Mais quel souvenir encore avez-vous gardé au niveau de l’hôpital de façon générale ?

P : Je confirme bien que les relations étaient très dégradantes en ce qui me concerne. Bon pour d’autres souvenirs , et au niveau de l’hôpital, je n’ai rien remarqué à part les changements par rapport au passé.

Etudiant : Bah , justement vous avez quand même remarqué les changements. Mais de quelle manière si vous pourriez nous en parler un peu, s’il vous plaît ?

P : Oui, c’est vrai qu’il y a eu les changements au niveau de l’hôpital parce qu’avant, quand je parlais je ne voyais pas tout ce que j’avais vu, d’abord on te reçoit à distance, même au niveau de soignants comme je l’ai expliqué tout au début. Et puis l’hôpital n’était plus le même, tout était transformé au niveau de l’entrée, même dans la chambre où j’étais mis. Bref, tout était transformé selon moi.

Etudiant : ceci étant, ne pensez-vous pas que ce genre de transformation qui a eu les conséquences sur les relations entre vous et l’équipe soignante ?

P : Bah peut-être oui, mais aussi non.

Etudiant : Expliquez-vous, s’il vous plaît ?

P : Je pense qu’effectivement il y a eu la peur de deux côtés puisque je voyais aussi au niveau de certains infirmiers (es) qui ne voulaient pas s’approcher de malades ; en même temps ils augmentaient plus la peur chez les malades qui ne cherchaient qu’être soignés.

Etudiant : Je vous remercie de votre disponibilité, et je vous laisse le dernier mot. Qu’est-ce que vous pourriez encore ajouter ?

P : Je crois que j’ai vécu une expérience terrible qui me traumatise encore jusqu’à présent. J’ai même peur d’aller à l’hôpital, même chez mon médecin – traitant.

Etudiant : Jusqu’à ce point ?

P : Mais oui. Parce que ce n’est pas facile de relater ce que j’ai vécu pendant le Covid-19. Surtout au niveau relations avec le médecin et d’autres infirmiers (es). C’est ça !

Etudiant : Je vous remercie encore pour votre disponibilité. Et beaucoup de courage pour votre convalescence.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/espo