

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Les bienfaits d'un espace relaxant pour les infirmiers d'un service de gériatrie : Utopie ou réalité ?

Mémoire réalisé par
Ségoène Leclercq

Promoteur
Thérèse Van Durme
Co-promoteur
Anne-Sophie Lambert

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Les bienfaits d'un espace relaxant pour les infirmiers d'un service de gériatrie : Utopie ou réalité ?

Mémoire réalisé par
Ségoène Leclercq

Promoteur
Thérèse Van Durme
Co-promoteur
Anne-Sophie Lambert

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie Madame Van Durme ainsi que Madame Lambert pour leur disponibilité, leur suivi et leur soutien durant toute la réalisation de ce mémoire.

Merci à la direction des hôpitaux pour leur participation à l'enquête mais également aux infirmiers pour avoir donné de leur temps.

Enfin, je souhaite remercier mon entourage, qui, d'une façon ou d'une autre, m'a aidé dans la réalisation de ce travail.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Liste des abréviations	5
Table des figures	6
Table des tableaux	7
1. Introduction	8
2. Définitions des notions clés	10
2.1. Les risques psychosociaux (RPS).....	10
2.2. La santé.....	11
2.3. Le bien-être au travail.....	11
2.4. L'espace relaxant.....	12
3. Les risques psychosociaux liés au travail	12
3.1. L'origine des risques psychosociaux.....	13
3.2. Conséquence des risques psychosociaux.....	15
3.2.1. Sur la santé des employés.....	15
3.2.2. Sur la santé de l'entreprise.....	18
3.3. En résumé.....	19
4. Prévenir les risques psychosociaux	20
4.1. Ce que dit la loi Belge.....	20
4.2. Ce que dit la littérature.....	21
4.2.1. Relaxation physique.....	21
4.2.2. Pratiques sportives.....	23
4.2.3. Autres interventions.....	23
5. La gériatrie	24
6. La profession infirmière	25
6.1. Exercice de l'art infirmier.....	25
6.1.1. L'infirmier en gériatrie.....	25
6.1.2. Reconnaissance de la profession d'infirmier en gériatrie.....	27
7. Les hôpitaux magnétiques	28
9. Matériel et méthodes	29
9.1. L'outil utilisé.....	29
9.1.1. Choix de l'outil.....	29
9.1.2. Description de l'outil.....	30
9.2. Présentation du questionnaire au public-cible.....	34
9.2.1. Procédure de sélection et distribution du questionnaire au public-cible.....	34
9.2.2. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : méthode d'analyse.....	38
9.2.3. Interprétation des scores par dimension.....	39
9.2.4. Fiche d'identification : méthode d'analyse.....	40
10. Analyse de données	41

11. Résultats	42
11.1. Présentation des hôpitaux	42
11.1.1. Hôpitaux de France.....	42
11.1.2. Hôpitaux de Belgique	43
11.6. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : Analyses descriptives.....	47
11.6.1. Les facteurs de risques psychosociaux	47
11.6.2. Les conséquences des risques psychosociaux	49
11.7. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : Analyses statistiques	51
11.8. Tableau récapitulatif	58
11.9. Perception de l'espace relaxant.....	60
11.10. Mise en place d'un espace relaxant ou autre(s) alternative(s)	62
12. Discussion	65
13. Conclusion	67
14. Bibliographie	68
15. Annexes	80

Liste des abréviations

ANCC : American Nurses Credentialing Center

AR : Arrêté royal

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

COPSOQ : Copenhagen Psychosocial Questionnaire

CPPT : Comité pour la prévention et la protection au travail

CR : Contrat de remplacement

EU-OSHA : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

ISAR : Seniors At Risk

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

P.M.E : Petite et moyenne entreprise

QPP : Qualification professionnelle particulière

RB : Région de Bruxelles-Capitale

RPS : Risques psychosociaux

RW : Région wallonne

SPF : Service public fédéral

TMS : Troubles musculo-squelettiques

TPP : Titre professionnel particulier

TRST : Triage Risk Screening Tool

Table des figures

Figure n°1 : Structure du COSPOQ II, version courte	31
Figure n°2 . Représentation d'un espace relaxant	60
Figure n°3 . Mise en place d'un espace relaxant	62
Figure n°4 . Utilité de l'espace relaxant	63

Table des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des infirmiers (n=13)	44
Tableau 2. Caractéristiques des infirmiers (n=12)	45
Tableau 3. Caractéristiques des infirmiers (n=12)	46
Tableau 4. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés aux contraintes quantitatives	51
Tableau 5. Résultats concernant la comparaison entre 2 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés aux contraintes quantitatives	52
Tableau 6. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés à l'autonomie	53
Tableau 7. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés à l'organisation et au leadership	54
Tableau 8. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié au vécu professionnel	55
Tableau 9. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié à la santé et au bien-être	56
Tableau 10. Résultats concernant la comparaison entre 2 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié au vécu professionnel	57
Tableau 11. Récapitulatif des facteurs de risques psychosociaux alarmants pour chacune des institutions	58
Tableau 12. Récapitulatif des conséquences risques psychosociaux alarmants pour chacune des institutions	59

1. Introduction

Infirmière de formation, j'ai exercé pendant cinq ans auprès d'une population qui ne cesse de croître ; la personne âgée. En effet, dans notre pays, la population âgée de plus de 75 ans au 1^{er} janvier 2016 était de 8,9%, on notera une augmentation d'approximativement 6% pour 2060¹ (SPF Économie, P.M.E, Classes moyennes et énergie, 2014). En 2016, les femmes ont une espérance de vie à la naissance, de 84 ans. En comparaison, le sexe opposé dispose d'une espérance de vie de 79 ans (OCDE, 2018). Sur dix ans, les hommes ont gagné 2,4 années contre 1,7 année pour les femmes. Le nombre de personnes âgées ne faisant qu'augmenter, le secteur de la gériatrie est de plus en plus sollicité.

Par ailleurs, le métier d'infirmier² est une profession assez contraignante car ces professionnels de la santé doivent réaliser des horaires atypiques (travail de nuit, week-end, jours fériés, etc), difficile à conjuguer avec une vie familiale (Michel et al., 2016). Ceux-ci sont également soumis à une charge de travail élevée, un manque de personnel ainsi qu'un manque de ressources matérielles. En outre, la profession d'infirmier en soins gériatriques, est un secteur où ces professionnels sont à risque de stress ainsi que d'épuisement professionnel (Amyot, 2016 ; Cocco, 2003 ; Duquette et al., 1997 ; Sanchez et al., 2014).

Suite à l'émergence de ces problèmes de mal-être au travail, dû à une évolution menant à une intensification de l'activité professionnelle (Gollac et Volkoff, 1996 ; INRS, 2017 ; Vézina, 2008), le terme de risques psychosociaux liés au travail est apparu. Depuis une vingtaine d'années, la Belgique a mis en place une réglementation concernant le bien-être au travail (Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail). Une autre basée sur la prévention de risques-psychosociaux au travail a vu le jour il y a peu (AR du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail).

Dans la littérature, divers articles (Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2003 ; INRS 2017 ; SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2013) proposent des actions à mettre en place afin de prévenir ces risques (formation de gestion du stress, ...). Une intervention qui semble être intéressante et sur laquelle la littérature ne s'est pas encore trop penchée, est la mise en place d'un espace relaxant au sein de l'institution hospitalière, et ce, pour le personnel soignant. En effet, certains établissements hospitaliers (En France : le Centre hospitalier de la Dracénie (Var-matin, 2011), l'hôpital Foch (Hospitalia, 2015), l'hôpital

¹ 15,15%

² Le terme « infirmier » utilisé dans ce mémoire renvoie aux personnes de sexe féminin et masculin

Ambroise-Paré (Le Parisien, 2011), l'hôpital Nord de Marseille (Lemoine et al, 2014), le Centre Hospitalier Esquirol (Institut de Formation de l'Environnement, 2017) ; Au Canada : l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal, 2011)) utilisent diverses approches « relaxantes » (massages, réflexologie, etc), mais est-ce que cela peut améliorer la santé psychosociale des travailleurs... ?

C'est ce que nous voulons étudier dans ce travail, en essayant de répondre à la question de recherche suivante : « Quelle est l'influence d'un espace relaxant sur les risques psychosociaux liés au travail des infirmiers d'un service de gériatrie aiguë ? ».

Afin de pouvoir répondre à cette question de recherche, le travail a été réparti en cinq parties. Nous allons, dans un premier temps (I) apporter une définition des concepts qui seront utilisés au cours de ce mémoire, ensuite, (II) déterminer le cadre contextuel au sein duquel se déroule cette investigation, s'en suivra (III) la description des matériels ainsi que des méthodes pour donner réponse à la question de recherche, suivi (IV) d'une description des résultats et pour terminer, (V) proposer une discussion des résultats, de la méthode ainsi qu'une conclusion.

2. Définitions des notions clés

Avant toute chose, il semble opportun de définir trois notions clés relatives à ce mémoire, qui sont : les risques psychosociaux, la santé, ainsi que le bien-être. Gardons en mémoire notre question de recherche suivante : « *Quelle est l'influence d'un espace relaxant sur les risques psychosociaux liés au travail des infirmiers d'un service de gériatrie aiguë ?* ».

Afin de réaliser ce travail, une recherche documentaire a été effectuée via des bases de données scientifiques mais également des sites gouvernementaux. Celles-ci sont : Cairn – Cochrane Library – EU-OSHA – Google Scholar – OCDE Health Data – OMS – KCE – PubMed – ScienceDirect – SPF Emploi, Travail et Concertation sociale ainsi que le Moniteur belge. Les mots-clés pour réaliser la recherche étaient : Infirmier – gériatrie – soins infirmiers gériatriques – charge de travail – absentéisme – satisfaction professionnelle – bien-être au travail – stress – burn out – risques psychosociaux – troubles musculosquelettiques - vieillissement de la population. Le PICO³ de départ a été défini de telle façon : **P** : Infirmiers - infirmiers d'un service de gériatrie **I** : espace relaxant, salle de relaxation, pratique sportives ou autres alternatives **C** / **O** : santé, bien-être mais n'a pas permis de mettre en évidence d'articles pertinents étant donné que le terme « espace relaxant » est encore peu mis en place dans le monde hospitalier.

2.1. Les risques psychosociaux (RPS)

Le mot psychosocial est composé de deux mots : psycho et social. C'est-à-dire que le risque se trouve au carrefour de l'individu (psycho) et de sa situation de travail (social) (Brillet et al., 2017 ; Michel et al., 2016 ; Ministère du travail, 2010).

Lorsque l'on parle de risques psychosociaux au travail, cela signifie la « *probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger* » (AR du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail, Section 1^{re}, Article 2, 3^o).

³ Population – Intervention – Comparaison – Outcome (résultat)

Pour donner suite à cette première définition, nous pouvons constater que les RPS peuvent avoir un impact sur la santé du travailleur.

2.2. La santé

La définition de la santé la plus connue est celle de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) qui identifie celle-ci comme étant : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946, p.1).

Grâce à cette définition, nous pouvons faire le lien entre la santé et le bien-être dans ses différentes dimensions. Dans notre mémoire, nous allons investiguer l'influence que pourrait avoir une intervention – espace relaxant/de repos – sur ce bien-être.

Avant de poursuivre, étant donné que les RPS sont liés à l'environnement de travail, il est intéressant d'apporter une définition complémentaire afin de comprendre ce qu'est le bien-être au travail.

2.3. Le bien-être au travail

Le bien-être est défini comme : « *l'ensemble des facteurs concernant les conditions dans lesquelles le travail est effectué* » (Loi du 04 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, Chapitre I, Article 3).

« *Le bien-être est recherché par des mesures qui ont trait à :*

1. *la sécurité du travail ;*
2. *la protection de la santé du travailleur au travail ;*
3. *la charge psychosociale occasionnée par le travail, dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail ;*
4. *l'ergonomie ;*
5. *l'hygiène du travail ;*
6. *l'embellissement des lieux de travail ;*
7. *les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement pour ce qui concerne leur influence sur les points 1 à 6* ». (Loi du 10 janvier 2007 modifiant plusieurs dispositions relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail dont celles relatives à la protection contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail Chapitre II, Article 2).

La loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel et au travail a modifié le point 3 comme suit : « *les aspects psychosociaux du travail* ». Il s'agit de la dimension que nous allons étudier tout au long de ce mémoire. En effet, nous partons du postulat que le bien-être au travail aura probablement des répercussions sur le bien-être de l'infirmier de manière générale, et donc sur sa santé.

2.4. L'espace relaxant

Les personnes peuvent avoir des visions différentes du mot « relaxant ». On pourrait imaginer que ce soit un local réservé au personnel pour qu'il puisse prendre leur pause en toute tranquillité à l'abri du bruit (sonnettes) mais également des personnes (famille des patients, etc) le tout installé dans des fauteuils confortables. Un jardin détente, permettant au personnel d'aller se ressourcer lors d'une pause, ou encore s'il en a la possibilité, d'aller se promener avec un patient. Tout endroit qui pourrait amener à se sentir bien au travail.

Dans le cadre de ce mémoire, un espace relaxant, correspond à un local spécialement aménagé, en grande partie inspiré par un espace ressource mis en place dans un hôpital Français (Lemoine et al, 2014). Au sein de cet espace, seront adoptées différentes pratiques permettant aux infirmiers de se détendre et d'évacuer les tensions. Notamment, par de la sophrologie, réflexion plantaire, massage bien-être, etc.

3. Les risques psychosociaux liés au travail

On peut estimer l'apparition de la description des risques psychosociaux aux années 1980-2000 (Hatzfeld, 2012), en cause de nombreux changements dans le monde du travail. Le terme « risques psychosociaux » est apparu dans les années 2000 à la suite des inquiétudes au travail provenant des travailleurs, et plus particulièrement, des professionnels de la santé (Leduc et al., 2012 ; Michel et al., 2016). Il fait suite à la notion de « stress », les auteurs parleront d'extension au « stress ». Mais c'est en 2008 que le terme « risques psychosociaux au travail » a fait son apparition pour qualifier des conditions de mal-être lié au travail (Durat et Bartoli, 2014).

Les **facteurs de risques**⁴ psychosociaux, autrement dit, source d'**émergence** des **RPS** au travail, sont multiples, les situations de travail dites « dangereuses » ont été classés en cinq niveaux (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, consulté le 19 octobre 2017). Celles-ci sont liées entre elles et s'influencent mutuellement (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2013).

Les **risques psychosociaux** liés au travail, sont eux, à l'origine de **conséquences** qui peuvent se répercuter sur la santé du personnel ou encore sur la santé de l'entreprise. Ces risques peuvent également interagir entre eux.

D'après la loi concernant le bien-être des travailleurs (Loi du 04 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, Chapitre Vbis), on retrouve derrière le vocable des risques psychosociaux, trois grandes catégories : le **stress**, le **harcèlement** (sexuel/moral) ainsi que la **violence**. Pour Chouaniere (2006), celui-ci évoque, le **stress**, la **souffrance** ou encore, le **mal-être** lié au travail. Mais également la **violence interne** telle que le harcèlement (sexuel/moral) ainsi que la **violence externe**, c'est-à-dire, des violences émises par des personnes ne faisant pas partie de l'entreprise. Les situations peuvent être vécues simultanément.

Pour une meilleure compréhension, des exemples relatant des expériences rencontrées dans le métier de soignant et plus particulièrement de l'infirmier vont être mis en parallèle à la théorie. Dans le cadre de ce mémoire, le volet concernant la violence ainsi que le harcèlement morale et/ou sexuel au travail ne sera pas pris en compte.

3.1. L'origine des risques psychosociaux

L'origine des risques psychosociaux se trouve à différents niveaux (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, consulté le 19 octobre 2017) :

- **Organisation du travail :**

Englobe tout ce qui concerne l'organisation et plus précisément la structure de l'organisation (division horizontale et division verticale).

⁴ « Les éléments de nature collective ou individuelle qui interfèrent de telle façon sur le danger qu'ils augmentent ou réduisent la probabilité de survenance des effets néfastes ainsi que leur ampleur » (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009, p.7)

- **Contenu du travail**

On retrouve dans ce domaine, la tâche du travailleur en elle-même. Mais on y perçoit également la variation des tâches ainsi que la complexité de celles-ci, les exigences du point de vue émotionnel (que ce soit les relations entre collègues ou encore le contact avec la souffrance ou la mort), et la charge aussi bien physique (mobilisation de patients avec une incapacité modérée ou sévère), que mentale (responsabilité importante, faire véhiculer l'information dans un temps imparti).

- **Conditions de travail :**

Comprend l'ensemble des modalités dans lesquelles le travail va être réalisé. C'est-à-dire, le genre de contrat (CDI, CDD, CR)⁵, les horaires (horaires à pause ou coupés pour combler l'horaire d'une personne en incapacité de travail, etc.), les possibilités de formation, la gestion de carrière ainsi que l'évaluation du personnel.

- **Conditions de vie au travail :**

Il s'agit du milieu physique au sein duquel le travail est réalisé. On entend par là, la façon dont le lieu de travail est aménagé, la présence ou non de bruit, les équipements de travail, la luminosité, les postures de travail, les produits utilisés, tout ce qu'on pourrait retrouver dans son environnement de travail.

- **Relations interpersonnelles au travail :**

On y retrouve, tout ce qui a trait à la relation au sein du service dans lequel on exerce. D'une part, la relation entre collègues et d'autre part avec la ligne hiérarchique. Mais également, les relations avec les patients ainsi que leur famille. Dans cette partie, on prend également en considération la qualité des relations, qui peut se manifester par une coopération, une intégration, une implication dans le travail, etc.

Le rapport du Collège d'expertise concernant le suivi des RPS au travail (2011) apporte une autre définition des risques psychosociaux. Ils sont définis comme étant : « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Askenazy et al., 2011, p.13).

⁵ Contrat à durée indéterminée – Contrat à durée déterminée – Contrat de remplacement

Il met en évidence que c'est l'origine qui détermine qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial et non sa manifestation.

Dans l'optique d'une meilleure compréhension, les **facteurs de RPS** ont été classés en six catégories tels que :

- « *Intensité du travail et au temps de travail* ;
- *Exigences émotionnelles* ;
- *Autonomie insuffisante* ;
- *Mauvaise qualité des rapports sociaux au travail* ;
- *Conflits de valeurs* ;
- *Insécurité de la situation de travail* ».

3.2. Conséquence des risques psychosociaux

3.2.1. Sur la santé des employés

Une brochure mise en place par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2013) répartit de façon exhaustive les effets des RPS sur 3 niveaux : **émotionnel**, **comportemental** et **physique**.

Pour la partie émotionnelle, on peut y retrouver tout ce qui concerne le stress, le burn-out ou encore la dépression. Le stress et le burn-out font, entre autres parties des manifestations les plus connues des RPS (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, consulté le 19 octobre 2017). Concernant le comportement, il s'agit par exemple de l'abus d'alcool, de drogue, mais également du suicide. A propos du dernier niveau, on parle de troubles musculo-squelettiques⁶ (TMS), de troubles du sommeil, de céphalée ainsi que d'hypertension.

Afin de vous expliquer ces différentes conséquences des risques psychosociaux liés au travail, nous les avons séparés en deux parties : les conséquences que les RPS peuvent induire au niveau mental et au niveau physique.

⁶ « Rassemblent les problèmes (douleurs, picotements, chaleur, crampes, raideurs...) rencontrés au cours de l'activité professionnelle et qui touchent les structures musculosquelettiques : les muscles, les tendons, les ligaments, les nerfs et les articulations (cartilage, bourse séreuse...). Ils peuvent être localisés tant au niveau des membres supérieurs (épaules, coudes, poignets) que des membres inférieurs (genoux), voire de la nuque ou du dos » (Demaret et al., 2011, p.3).

3.2.1.1. *Au niveau mental*

Le **stress** constitue, au niveau européen, le **deuxième problème** de santé lié au milieu professionnel le plus fréquemment relaté. Ce dernier concernerait 50 à 60 % des absences au travail (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2013).

Le stress psychologique est défini par Lazarus et Folkman (1984, p.19) comme étant : « *A particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being* »⁷

Une seconde définition va permettre de mieux comprendre l'impact du stress sur le travailleur : « *Etat fait de réactions émotionnelles, cognitives, comportementales et physiologiques aux aspects néfastes et nocifs de la nature du travail, de son organisation et de son environnement* » (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, 2003, p.8).

En effet, celui-ci peut provoquer différents dégâts au niveau psychologique tel que : la **dépression**, l'**anxiété**, l'**incapacité** de se **concentrer**, de **penser**, de **réfléchir** mais également des **troubles du sommeil** (OMS, 2004).

Un stress persistant dans le temps peut entraîner un épuisement professionnel, appelé plus couramment, **burn-out**. Ce dernier se traduit littéralement par « se griller » et toucherait un infirmier sur trois (Amamou et al., 2014). Il concerne les professions qui ont régulièrement recours à un engagement personnel intense.

La notion de burn-out n'est pas nouvelle, la première définition est apparue dans les années septante, et a été donnée par le psychiatre Freudenberger parlant de perte d'enthousiasme le tout accompagné de divers symptômes physiques (Manoukian, 2016). Deux années plus tard, une chercheuse en psychologie sociale, Maslach C., s'est intéressée à ce problème en prenant en compte l'environnement de travail. En collaboration avec Jackson S., experte dans le domaine de la psychologie organisationnelle, elle définit l'épuisement professionnel selon **trois dimensions**. Donnant comme suit : « *psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment, which can occur among individuals who work with other people in some capacity* »⁸ (Maslach, 1993, p.20).

⁷ Traduction libre de Leclercq Ségolène : « *Une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme taxant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être* ».

⁸ Traduction libre de Leclercq Ségolène : « *Syndrome psychologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction des accomplissements personnels, qui peuvent survenir chez des personnes qui travaillent avec d'autres personnes dans une certaine mesure* »

L'OMS y apporte sa propre définition telle que : « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* » (OMS, 2005, p.4).

Ces conséquences peuvent mener à une **consommation d'alcool** ou encore de **substances médicamenteuses, drogues**, pouvant aboutir à l'issue finale et irréversible, le **suicide**.

À côté du burn-out, il existe également un phénomène récent et encore peu connu, le brown-out. Aucun article scientifique n'a pu être trouvé, cependant, des articles de presse ou de blog internet ont permis de rassembler des informations pertinentes. Ce dernier est apparu après le concept de bored-out⁹, celui-ci faisant suite à la notion de burn-out. Le brown-out se traduit par une baisse de tension, il s'agit d'un sentiment d'inutilité, d'absurdité, de réaliser des tâches qui n'ont pas de sens pour l'employé. On lui fait effectuer des tâches qui sont hors de ses principes ou de ses valeurs (LeVif, 2016 ; Carpentier, 2017).

Ci-dessous quelques exemples vécus mettant en lien la théorie avec la pratique des soins :

- Demande du médecin d'accompagner un patient en fin de vie pour réaliser un examen d'imagerie médicale ;
- Remettre en perfusion un patient qui ne cesse de l'arracher
- Placer chaque soir des hypodermoclyses¹⁰ à des patients en fin de vie, etc.

Tous types de situations qui pourraient sembler absurdes et qui sont pourtant bien réels.

3.2.1.2. Au niveau physique

Les **troubles musculo-squelettiques** sont l'un des **premiers problèmes** de santé touchant l'Europe (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2013).

La **lombalgie** fait partie des troubles musculo-squelettiques rencontrés le plus fréquemment chez le personnel infirmier (Azizpour et al., 2017). En plus des douleurs au niveau du bas du dos, on retrouve également des douleurs au niveau du cou ainsi que des épaules (Ellapen et Narsigan, 2014). Plusieurs exemples de situations contraignantes dans le métier de soignant entraînent des souffrances physiques. Par exemple, le fait de réaliser des mobilisations de patients, même s'il est vrai qu'à l'heure actuelle, il existe différents outils électriques permettant d'aider le personnel dans le transfert de patient et ainsi limiter la charge physique du travailleur.

⁹ Traduction libre de Leclercq Ségolène : Ennui au travail

¹⁰ Réhydratation par voie sous-cutanée

On peut aussi parler de transfert de lit, soit pour conduire un patient à un examen ou alors pour changer un patient de chambre (isolement, chambre particulière, fin de vie, ...). Le fait d'être amené à jeter une poubelle, rempli de langes souillés ou autres, dans la benne à ordures ou encore de déplacer des caisses contenant les poches à perfusion d'un endroit à un autre, lorsque les chariots ne sont pas disponibles, sollicitent l'intervention du haut du corps (cou, épaules). D'autres situations pourraient encore être illustrées. En résumé, l'activité d'infirmier demande pour la plupart du temps d'être en permanence debout, et donc d'utiliser la partie supérieure du corps pour réaliser son travail.

Hormis le fait d'une charge physique, la revue systématique menée par Ellapen et Narsigan (2014), met en complémentarité un manque d'activité physique de la part des professionnels, voire même une surcharge pondérale.

Un fascicule portant sur la prévention des TMS pour le personnel soignant dans les hôpitaux met en évidence les différentes situations pénibles rencontrées dans ce domaine et y apporte des solutions adéquates (Demaret et al., 2011). Il semble donc important d'agir sur ces facteurs, qu'ils soient liés au travail ou liés à la personne elle-même.

D'autres troubles peuvent également faire surface ; des **problèmes cardiaques** (palpitations, hypertension), **digestifs** (ulcère de stress), ainsi que des **céphalées**. (OMS, 2004)

3.2.2. Sur la santé de l'entreprise

Outre les répercussions au niveau humain, il existe également des conséquences négatives pour l'institution au sein de laquelle travaillent ces personnes.

On parle de conséquences sur le plan économique ainsi que sur le plan organisationnel (Institut national de recherche et de sécurité, 2017).

Il en résulte :

- Un taux d'absentéisme élevé et donc par conséquent un turnover important, mais avec un obstacle pour le remplacement du personnel absent ou le recrutement de nouvelles personnes.
- Un taux d'accidents liés au travail en augmentation ;
- Un manque de motivation, une diminution de la productivité pouvant entraîner plus d'erreurs ;

- Une mauvaise image de l'entreprise en elle-même ;
- Une mauvaise ambiance au sein du travail ainsi qu'un climat social dégradé.

3.3. En résumé

Le fait de ne plus être motivé à se rendre au travail peut engendrer du présentéisme. Ce dernier pouvant mener à faire des erreurs de distraction et provoquer des accidents de travail, comme par exemple se piquer avec une aiguille. Mais ces problèmes peuvent également conduire à une incapacité de travail, qu'elle soit de courte ou de longue durée.

Dans le cas d'un absentéisme, il faudra, avec les personnes présentes, réorganiser les horaires afin de couvrir le poste de la personne absente. Cela peut générer un stress supplémentaire, notamment dans le fait de changer les horaires à la dernière minute. En effet, on peut se rendre compte que pour un(e) chef de famille, il n'est pas évident de s'organiser en dernière minute.

Le fait de s'intéresser à son personnel, en le considérant plus comme un ensemble d'êtres humains que comme des personnes interchangeables, et donc en prendre soin en amont, pourrait faire partie des solutions afin d'éviter d'en arriver à ce cercle vicieux. Cependant, se centrer uniquement sur le bien-être de son personnel n'arrivera pas à éliminer la présence des risques psychosociaux. Il est également important et inéluctable de revoir le plan au niveau managérial.

Les nouvelles réformes n'améliorent pas la situation, étant donné qu'on diminue la durée moyenne de séjour (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016). Ce qui veut dire, qu'en plus d'avoir d'un côté, un turn-over important du personnel soignant suite à la charge de travail, il y a également un turn-over des patients. Nous arrivons à un stade, où à l'heure actuelle, on demande de faire plus (de soins) avec moins (de personnel).

Il est important de se rendre compte que ce n'est pas uniquement les soucis liés au travail qui posent problème. En effet, de par des horaires de travail pénibles (travail à pause, week-end, jours fériés, etc), l'environnement familial peut également jouer un rôle dans l'apparition des RPS.

Des signaux d'alertes sont à prendre en considération pour améliorer la santé des infirmiers au travail. L'absentéisme fait partie de ces signaux, l'intention de quitter son poste ou vouloir se reconverter, mais également les accidents de travail, etc.

4. Prévenir les risques psychosociaux

Avant d'entreprendre des mesures préventives, il est important de sensibiliser les travailleurs au problème. Ils doivent dans un premier temps comprendre exactement de quoi il est question quand on parle de risques psychosociaux et être conscients des répercussions au niveau de leur santé. Il faut également réaliser une évaluation des risques psychosociaux en amont, afin de se rendre compte de l'environnement psychosocial dans lequel les employés travaillent. C'est à ce moment-là qu'on pourra entreprendre des mesures préventives (European Agency for Safety and Health at Work, consulté le 30 octobre 2017).

En Santé publique, trois types de prévention existent ; primaire, secondaire et tertiaire. Dans ce cadre-ci, on parlera de prévention concernant des problèmes de santé liés au travail.

Selon Chouaniere (2006) la prévention « *à la source* », équivaut à la prévention primaire. L'idéal dans cette prévention serait de l'appliquer avant toute survenue de problèmes, ce qui est impossible dans le secteur des soins de santé car les contraintes sont en lien direct avec l'activité-même. Dans un deuxième temps, cette prévention aura pour objectif de réduire les risques, une fois présents, avant l'apparition des premiers symptômes. C'est pourquoi la prévention « *corrective* » (secondaire) à toute son importance. Quand on ne sait pas traiter le problème à la source, ce qui est le cas dans la prévention des RPS, on va pouvoir limiter les conséquences du risque sur la santé ou sa propagation chez des agents qui manifestent déjà des symptômes.

Enfin la dernière prévention vise à éviter que la détérioration de l'état de santé des employés empire davantage.

Au sujet de la mise en place d'un espace relaxant, on s'intéresse à la prévention secondaire, « *corrective* », car on veut par le biais de cet espace, éviter que le risque subît par le soignant entraîne des conséquences pour sa santé. En donnant au personnel la possibilité de lâcher prise, d'évacuer toutes tensions, le temps d'un massage ou autres mais également de donner les outils, les moyens, pour qu'il puisse à lui seul se gérer en cas de situation stressante.

4.1. Ce que dit la loi Belge

Une nouvelle législation concernant la prévention des risques psychosociaux au travail a vu le jour il y a peu. Celle-ci n'abordant plus le sujet sous le thème de charge psychosociale mais de risques psychosociaux au travail. Cet arrêté ne traite plus uniquement du harcèlement

(moral/sexuel) ainsi que de la violence au sein du travail, mais s'étend à tout autre danger pouvant porter préjudice aux travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération toutes situations de travail pouvant engendrer un stress ou encore un burn-out. On y retrouve également le rôle de diverses personnes dans le cadre de cette prévention ainsi que les différentes actions que l'employé peut entreprendre pour faire une « *demande d'intervention psychosociale* » (AR du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail).

Au sein de chaque entreprise comprenant au moins 50 travailleurs, il y a obligation de disposer d'un comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) (SPF, Emploi, Travail et Concertation sociale, consulté le 12 octobre 2017). L'avis de ce dernier sera sollicité concernant les mesures de prévention collectives (AR du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail, Section 5, Article 50).

4.2. Ce que dit la littérature

La littérature met en exergue différentes actions pour prévenir les risques psychosociaux. Dans ce mémoire, les différentes méthodes ont été choisies en lien avec la question de recherche. C'est-à-dire que nous nous sommes intéressés à des approches qui permettent à l'individu de se relaxer. Cherkaoui et al. (2012) évoque dans leur étude, entre autres, la mise en place d'aménagement spécifique tel que des salles de repos afin de favoriser le bien-être des infirmiers.

Divers travaux ont étudié l'influence des méthodes de relaxation physique sur le stress.

4.2.1. Relaxation physique

D'après une méta-analyse (Ruotsalainen et al., 2015) étudiant diverses interventions pour évaluer leur efficacité sur la réduction du stress, des articles pertinents, en lien avec le sujet ont été extraits et passés en revue un à un. Parmi les sept articles sélectionnés en amont, trois études ont été retenues car celles-ci traitaient de différents types de massages réalisés sur des infirmiers. Ces techniques étant en corrélation avec le sujet traité dans ce mémoire.

Une étude menée par Brennan et al. (2006) a réalisé une comparaison entre un groupe de contrôle, effectuant une pause-café de 10 minutes et un groupe d'intervention recevant un massage sur chaise effectué par un massothérapeute et un thérapeute corporel. Les séances de massage ont été effectuées dans une pièce silencieuse, les zones massées étaient, le cou, les

épaules ainsi que les bras et les mains. Le tout avec différents types de techniques comme, l'effleurage, le pétrissage, le frottement, la vibration ainsi que la compression. Les résultats de cette étude ont démontré l'efficacité d'un massage sur chaise permettant de diminuer la perception de stress chez l'infirmier et ce par rapport à une pause standard.

L'étude réalisée par McElligot et al. (2003) consistait à évaluer l'effet que pouvait avoir un traitement AMMA sur l'anxiété ainsi que la relaxation du personnel infirmier. Il s'agit d'une technique basée sur les principes de la médecine traditionnelle asiatique. Elle reprend différentes techniques effectuées dans les massages thérapeutiques : comme une forte pression, une manipulation régulière utilisée dans le shiatsu, de la réflexion plantaire semblable à la réflexologie, etc. Pour réaliser cette étude, les auteurs ont réalisé un essai contrôlé randomisé en double aveugle. Dans le groupe contrôle, une imitation du traitement AMMA a été effectuée, c'est-à-dire que l'auteur du massage devait placer ses mains à différents endroits du corps, sans effectuer de pression, ou encore de mouvement circulaire que l'on retrouve dans le massage AMMA. Les soins ont été réalisés dans la même pièce pour les deux groupes distincts et dispensés par des infirmiers ayant reçu une formation adéquate selon le groupe dont ils faisaient partie.

Même si les résultats ont démontré que le groupe expérimental montrait une disparité plus importante concernant l'anxiété avant et après le traitement, l'autre groupe a également montré une diminution de son anxiété à la suite du traitement. Des mesures physiologiques¹¹ ont également été évaluées dans les deux groupes. Celles-ci n'ont pas révélé de différence significative entre les deux groupes.

Cette étude met évidence que le massage AMMA apporte une réduction de l'anxiété ainsi qu'un sentiment relaxant. Mais, il est néanmoins important de se rendre compte que l'utilisation d'autres techniques de massage, comme illustré dans cet article par un simple contact sur certaines zones du corps, ont également permis d'obtenir un résultat positif sur le personnel infirmier.

Concernant le massage à base d'aromathérapie, celui-ci se réalise avec l'utilisation d'huiles essentielles. L'étude (Hansen et al., 2006) qui a utilisé cette technique de relaxation de six séances à raison d'une fois par semaine a permis de mettre en évidence une réduction significative du stress dans le groupe témoin.

¹¹ Tension artérielle, température corporelle, rythme cardiaque, etc

4.2.2. Pratiques sportives

D'autres articles ont étudié différentes techniques sur les infirmiers montrant également leur efficacité en termes de réduction du stress.

Le Tai-Chi (Palumbo et al., 2012), est un art martial chinois qui permet de mettre en action toutes les parties du corps avec des mouvements lents et rythmés. Une connexion appelée corps-esprit se fait lorsque les mouvements s'effectuent. L'objectif de cette étude était de voir si un programme de bien-être était possible au travail pour permettre d'améliorer autant la santé mentale que physique, de diminuer le stress induit par le travail et ainsi favoriser le rendement au travail chez les infirmières plus âgées. Evitant ainsi les départs prématurés des infirmiers âgés de 45 ans ou plus étant donné que le nombre de jeunes infirmiers n'est pas suffisant pour remplacer celles-ci.

Le Qi-Gong (Griffith et al., 2008) vient de Chine et consiste en la réalisation, à un niveau de base, de mouvements typiques afin de stimuler de manière physique les zones prises en considération (méridiens) par les acupuncteurs, permettant ainsi d'améliorer l'énergie vitale. Ces mouvements ont été effectués avec des exercices de respirations précis. Les participants à l'étude ont avant tout obtenu un livret décrivant les méridiens utilisés le plus souvent par les acupuncteurs ainsi que la signification des exercices dispensés. Ces derniers ont été comparés à un groupe contrôle faisant partie d'une « liste d'attente ». Les cours ont été dispensés pendant la pause de midi des travailleurs, deux fois par semaine à raison d'une heure, sur une période de six semaines. Un DVD leur a également été fourni pour réaliser les exercices au domicile. Les cours ont été donnés par une personne ayant plus de 17 années d'expérience dans le domaine. Cette étude souhaitait savoir si des séances de Qi-Gong étaient efficaces pour restreindre le stress chez les infirmiers. En effet ce type de séance a permis de réduire, de façon significative, le stress chez les professionnels du monde hospitalier.

4.2.3. Autres interventions

On pourrait également citer l'auriculothérapie (Kurebayashi et al., 2012) ainsi que l'utilisation de musique (Lai et Li, 2011) comme méthode de relaxation ayant fait preuve de leur efficacité.

Toutes ces approches sont donc intéressantes à appréhender pour améliorer le bien-être du personnel infirmier au sein des institutions hospitalières.

5. La gériatrie

Il s'agit d'une branche de la médecine qui s'intéresse aux personnes âgées. Comme décrit par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé¹² (Deschot et al., 2015), un service de gériatrie aiguë, lits G, au sein d'une institution hospitalière, prend en charge des patients âgés de 75 ans ou plus. Ces personnes doivent avoir un profil gériatrique confirmé par une échelle validée scientifiquement. En Belgique, les outils les plus utilisés sont le Triage Risk Screening Tool (TRST) ainsi que l'identification of Seniors At Risk (ISAR). Il se peut que des patients âgés de moins de 75 ans présentant des signes de vulnérabilités aient un profil gériatrique entraînant une hospitalisation dans un service G.

Avant d'évaluer une personne âgée à l'aide d'une échelle spécifique, il faut avant tout déterminer si cette dernière peut présenter un profil gériatrique. Pour cela, l'Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers (Chapitre II, article 3) a fixé différentes causes permettant d'identifier plus facilement des personnes ayant un profil adéquat.

Ces causes sont au nombre de huit : « Fragilité et homéostasie¹³ réduite, polypathologie active, tableau clinique atypique, pharmacocinétique perturbée, risque de déclin fonctionnel, risque de malnutrition, tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, problèmes psychosociaux » (AR du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, Chapitre II, article 3).

Vu le nombre en augmentation constante de personnes âgées hospitalisées, il n'est pas rare à ce jour de voir des patients dits « gériatriques » dans un autre service ne disposant pas de lits G. En effet, son taux d'occupation normatif est actuellement de 90%, ce qui est très élevé, à savoir que celui des autres lits varie entre 70 et 80%, sans oublier une durée moyenne de séjour de plus en plus courte (Van De Voorde et al., 2017).

¹² KCE

¹³ Réglage des constantes physiologiques d'un organisme (Le Robert poche, 2016, p.353)

6. La profession infirmière

6.1. Exercice de l'art infirmier

L'exercice de l'art infirmier régit d'un Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (Chapitre I tertiaire, article 21 quinquies).

« On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

- a) *observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;*
 - *définir les problèmes en matière de soins infirmiers;*
 - *collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit;*
 - *informer et conseiller le patient et sa famille;*
 - *assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ou aider à l'accomplissement des actes de soins palliatifs;*
 - *assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil;*

- b) *les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire. Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive.*

- c) *les actes pouvant être confiés par un médecin ».*

6.1.1. L'infirmier en gériatrie

Il s'agit d'un métier reflétant une image négative, non attrayant et peu valorisé (Daïeff et Babadjan, 2008 ; Litim et Kostulski, 2006 ; Rogez, 2016).

En effet, travailler auprès de la personne âgée demande beaucoup de connaissances car il faut pouvoir comprendre tous les signaux d'alertes du patient. Comme l'auteur Puisieux (2012) l'évoque, « *la confusion peut être la manifestation révélatrice d'une pneumonie, mais aussi d'une rétention urinaire ou d'un fécalome* » (Puisieux, 2012, p.17) ce qui démontre que les patients âgés s'expriment différemment de leurs homologues plus jeunes. Cela demande d'être

par ailleurs en confrontation journalière avec la vieillesse, la perte d'autonomie entraînant une dépendance physique, l'isolement tant social que familial, ou encore la dégradation du corps. L'infirmier en gériatrie doit faire face à une charge physique, due à la mobilisation des personnes âgées grabataires, ainsi qu'à une charge psychologique, due à la présence quasi constante de la mort, de la souffrance, d'un contact fréquent avec des patients atteints de démence, de troubles du comportement ou encore d'agitation pouvant être agressifs. Il faut tenir compte également qu'en vieillissant certaines fonctions s'amenuisent, telles que la vue, l'ouïe, les fonctions cognitives, etc, (De Vleeschhouwer, 2004 ; Litim et Kostulski, 2006 ; Puisieux, 2012 ; Randon et al, 2011 ; Rogez 2016).

Le type de population admis en gériatrie souffre pour la majorité de multiples pathologies (Litim et Kostulski, 2006 ; Neouze et al., 2012 ; Rogez, 2016), c'est donc un patient qui ne pourra pas aller mieux. Il peut également présenter des plaies cutanées, ou encore les développer lors de l'hospitalisation. Les plaies chez la personne âgée peuvent porter atteinte à la vue ainsi qu'à l'odorat du soignant, allant de la simple dermabrasion à la plaie d'escarre, en passant par l'ulcère, mais également lors de soins chez des patients incontinents (draps imbibés d'urines) (De Saint-Léger et al., 2009 ; Dondelinger et al., 2005).

Ce secteur a tendance à engendrer un plus grand taux d'absentéisme du personnel – pouvant être vue comme une stratégie d'adaptation¹⁴ pour gérer les pressions liées au travail – de la part des soignants. Ces absences qui vont être compensées par un autre soignant qui sera contraint de revenir travailler alors que ce dernier est en congé ou encore de réaliser un horaire coupé (Randon et al., 2011).

Il a été démontré la présence d'une plus grande exposition en ce qui concerne l'épuisement professionnel chez les personnes travaillant au sein d'une unité gériatrique (Amyot, 2016 ; Cocco, 2003 ; Duquette et al., 1997 ; Sanchez et al., 2014). Soit du fait de passer une plus grande partie de son temps au travail, soit par un manque de réunion avec l'équipe ou encore le fait d'être limité en matière d'interaction avec d'autres personnes (Sanchez et al., 2014).

Une étude réalisée par Estryn-Behar et al. (2013) relate que les soignants, exerçant en gériatrie, que ce soit en maison de repos ou en service hospitalier, risques d'avantage de souffrir de troubles musculosquelettiques, dont la lombalgie par rapport à leur homonyme exerçant en hôpital de jour gériatrique ou encore en soins à domicile. Le métier de soignant, est un métier

¹⁴ Coping

qui nécessite d'adopter différentes postures lors de la réalisation des soins, mais aussi qui nécessite d'être en permanence debout, que ce soit au chevet du patient ou lors de la préparation du traitement du patient. C'est sans doute la raison pour laquelle, les soignants perçoivent une insatisfaction au niveau physique sur le lieu de travail. Mais les auteurs mettent aussi en évidence un manque de soutien psychologique de la part des supérieurs sur le lieu de travail, l'insatisfaction de ne pas pouvoir prodiguer des soins de qualité aux patients, ainsi que le manque de temps dans la communication au patient. L'étude a également permis de démontrer différents facteurs pouvant être à la base des intentions de quitter la profession : un manque de travail en équipe, les problèmes liés à la relation travail/vie personnelle, l'épuisement professionnel mais également des minimes possibilités de se développer au sein de la profession.

L'ensemble de ses désagréments peut à long terme engendrer un absentéisme de courte ou de longue durée. L'absentéisme va entraîner un turn-over¹⁵ important des soignants, qui aura un impact financier négatif pour l'institution hospitalière mais également pour la collectivité.

6.1.2. Reconnaissance de la profession d'infirmier en gériatrie

Le Centre d'Expertise Fédéral des Soins de Santé (2015) met en avant un manque crucial de personnel infirmier en possession d'une expérience spécifique dans le secteur de la gériatrie. Il faut revaloriser cette discipline afin d'attirer un plus grand nombre d'infirmier.

Il existe cependant une forme de reconnaissance s'exprimant par l'octroi d'une prime annuelle, pour tous les infirmiers ayant en leur possession un Titre Professionnel Particulier (TPP) ou une Qualification Professionnelle Particulière (QPP). Depuis plus de dix ans, un TPP ou un QPP existe pour le secteur de la gériatrie (Arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ; Arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie ; SPF, santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016). Outre un avantage financier, cette formation va permettre de mieux comprendre la personne âgée en axant celle-ci sur trois domaines qui sont : les sciences infirmières, biomédicales ainsi qu'humaines et sociales (Arrêté ministériel du 19 avril 2007).

¹⁵ Rotation

7. Les hôpitaux magnétiques

Il s'agit d'un concept émanant des Etats-Unis et comme son nom l'indique, les hôpitaux magnétiques sont des institutions qui attirent leurs personnels infirmiers mais également les retiennent. Les établissements hospitaliers n'emploient pas de ressource de type économique pour y arriver (Brunelle, 2009). L'infirmier exerçant dans un établissement reconnu magnétique, éprouve une plus grande satisfaction dans son travail et perçoit mieux la charge de travail.

Les patients sont plus satisfaits et on observe également un taux de mortalité moindre. Les éléments organisationnels sont différents d'un hôpital Magnet à un hôpital non Magnet. On remarque qu'une grande partie des hôpitaux aimants ont une propriété à but non lucratif. Ces institutions ont également une plus grande capacité de lits avec une dotation en personnel infirmier plus élevé en comparaison aux établissements non-aimants (Tai et Bame, 2017).

Actuellement il existe 471 hôpitaux reconnus Magnet, dont un en Belgique. Ces hôpitaux sont reconnaissables grâce à un logo officiel (American Nurses Credentialing Center (ANCC), consulté le 25 janvier 2018).

Avant 2008 (Tai et Bame, 2017), pour être reconnu hôpital Magnétique, il fallait englober 14 forces¹⁶ de magnétisme. Après 2008, l'ANCC (2018) a mis en place un nouveau modèle, qui à assembler ses 14 forces en 5 éléments :

- « *Leadership transformationnel (forces 1 et 3) ;*
- *Empowerment structurel (forces 2,4,10,12,14) ;*
- *Pratique professionnelle exemplaire (forces 5,8,9,11,13) ;*
- *Nouvelles connaissances, innovations et améliorations (force 7) ;*
- *Résultats de qualité empiriques (force 6) ».*

¹⁶ 1. Qualité du leadership infirmier – 2. Structure organisationnelle- 3. Style de gestion – 4. Politiques et programmes du personnel – 5. Modèles professionnels de soins – 6. Qualité des soins – 7. Amélioration de la qualité – 8. Consultation et ressources – 9. Autonomie – 10. Communauté et organisation de soins de santé – 11. Infirmières enseignantes – 12. Image de la profession infirmière – 13. Relations interdisciplinaires – 14. Développement professionnel (cité par Bliss-Holtz et al., 2004, p.38)

Les avantages tirés d'un hôpital magnétiques sont (ANCC, consulté le 25 janvier 2018) :

- *« Attirer et retenir les meilleurs talents ;*
- *Améliorer les soins, la sécurité et la satisfaction ;*
- *Favoriser une culture de collaboration ;*
- *Normes et pratique en soins infirmiers avancés ;*
- *Développer le succès commercial et financier ».*

Il existe un panel de possibilité qui s'offre aux institutions afin de permettre un meilleur environnement de travail. Cela pourra être profitable au travailleur mais également au bon fonctionnement de l'entreprise.

9. Matériel et méthodes

Afin de pouvoir répondre à notre question de recherche, un questionnaire validé (**annexe 1**), basé sur une méthode quantitative, a été utilisé comme outil.

Nous souhaitons réaliser une étude comparative entre les scores du Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) II version française de Belgique obtenus pour les hôpitaux disposant d'une salle de relaxation (ou autre(s) alternative(s)) avec ceux ne disposant pas de ce type d'espace.

9.1. L'outil utilisé

9.1.1. Choix de l'outil

Parmi une liste composée de plusieurs questionnaires, répartis en différentes classifications (Langevin et al., 2011) l'outil sélectionné fait partie des questionnaires transversaux concernant les risques psychosociaux au travail ; le QERDOPS¹⁷ (Langevin et al., 2013), le SATIN¹⁸(Langevin et al., 2011) ainsi que le VT¹⁹ (Langevin et al., 2013).

Le questionnaire choisi a donc fait l'objet de plusieurs lectures, (Dupret et al., 2012 ; Fernandes et Pereira, 2016 ; Kristensen, 2005 ; Langevin et al., 2013 ; Pournik et al., 2015). Ce dernier a pour objectifs, l'évaluation des facteurs psychosociaux de l'environnement de travail, du bien-être mais également de la santé physique ainsi que mentale. Il se base donc sur plusieurs formes

¹⁷ Questionnaire d'évaluation des représentations des déterminants organisationnels et psychosociaux de l'activité

¹⁸ Santé au travail, INRS et Nancy 2

¹⁹ Vécu au travail

de l'environnement psychosocial du travail mais également sur divers aspects de l'individu (Langevin et al., 2013).

9.1.2. Description de l'outil

Il s'agit du Copenhagen Psychosocial Questionnaire, qui se traduit littéralement par le Questionnaire Psychosocial de Copenhague et a été décliné en plusieurs langues. Il découle d'une recherche, menée il y a une quinzaine d'années, par le département psychosocial du *Danish National Institute of Occupational Health*²⁰, afin d'obtenir un outil valide pour l'évaluation des facteurs psychosociaux liés au travail (Kristensen et al., 2005).

La création du questionnaire COPSQ fait suite à une étude en profondeur de seize questionnaires psychosociaux émanant de 5 pays²¹ différents. De ces seize questionnaires, 145 questions ont été retenues et 20 nouvelles questions ont été ajoutées pour donner la version test. Une fois la validité factorielle validée grâce à des analyses, la première version du COPSQ longue a vu le jour, composé de 141 questions partagées en 30 échelles. Concernant la deuxième version, sa création a été réalisée grâce aux retours d'expériences (Langevin et al., 2013).

La seconde version du COPSQ a été développée par les chercheurs, du *National Research Center for the Working Environment*²² basé à Copenhague (Pejtersen, 2010). Cependant, la version française du COPSQ II, a été réalisée en 2008 en utilisant la procédure de « *translation/back translation* ²³ ». Il a été testé auprès des agents d'une industrie aéronautique, avec un pré-test sur 60 employés pour confirmer son aspect compréhensible (Dupret et al., 2012).

Trois formes de questionnaires sont disponibles : long, pour la recherche, moyen, utilisé par des professionnels en santé ainsi que sécurité du travail ou court, pour les lieux de travail (Kristensen et al., 2005 ; Stock et al., 2013). Il existe également à ce jour deux versions du questionnaire, la troisième version étant en cours de test actuellement. Les résultats de ce travail s'appuient sur la version II française de Belgique courte.

Afin d'obtenir le questionnaire dans sa version originale, le réseau international²⁴ a été contacté. Une réponse positive a été émise, et un schéma d'interprétation des scores (**annexe 2**) a

²⁰ Institut national danois de la santé au travail

²¹ Etats-Unis, Finlande, Pays-Bas, et Suède

²² Centre national de recherche pour l'environnement de travail

²³ « Traduction/version » (Dupret et al., 2012)

²⁴ <http://www.copsoq-network.org/> (consulté le 21 mars 2017)

également été fourni, le tout sous format PDF. Les questions faisant parties du volet harcèlement/violence n'ont pas été prises en compte dans la réalisation de ce travail (il s'agit des questions allant de 20 à la fin du questionnaire initial).

Cet outil est composé de plusieurs items, au nombre de 40, dont 4 portant sur des questions relatives au harcèlement/violence au travail.

Il est également constitué de 19 dimensions, réparties en cinq domaines, comme suit²⁵:

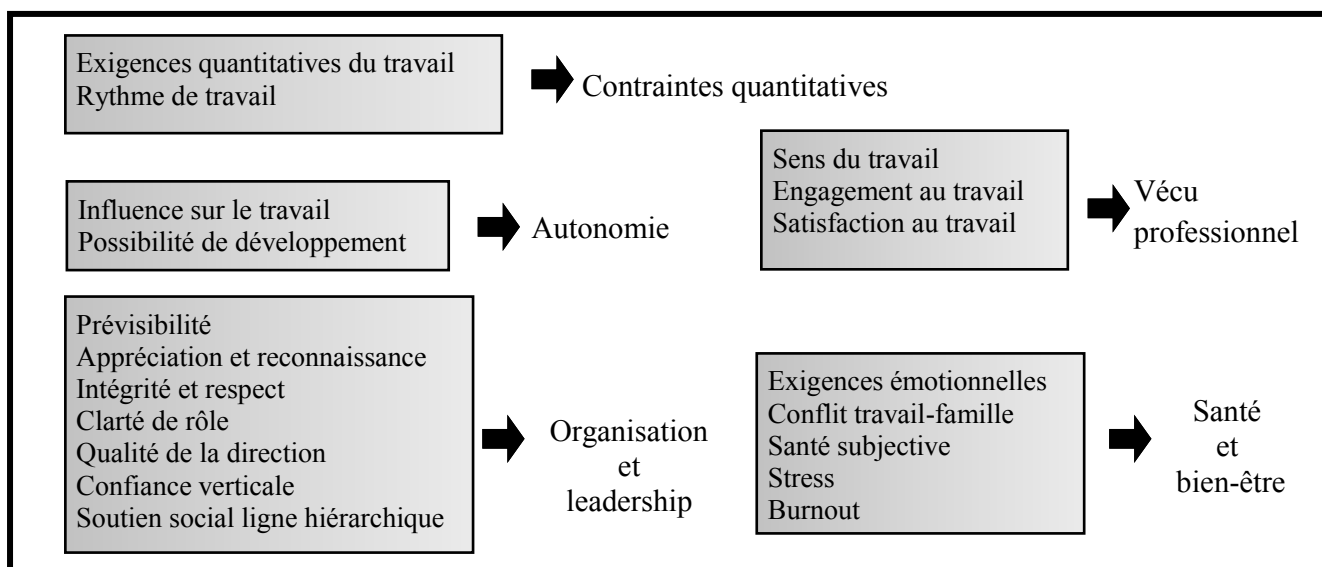


Figure n°1. Structure du COSPOQ II, version courte

Ce questionnaire est intéressant car il regroupe à la fois les facteurs de risques psychosociaux mais aussi les conséquences qui en découlent. Les trois premiers domaines, c'est-à-dire, les contraintes quantitatives, l'autonomie ainsi que l'organisation et le leadership sont associés aux causes de risques psychosociaux. En revanche, les deux autres domaines, concernant le vécu professionnel ainsi que celui de la santé et du bien-être, sont considérés comme étant des conséquences (Dupret, et al., 2012).

9.1.2.1. Les différentes dimensions du questionnaire COPSQQ

Comme présenté précédemment, à chaque domaine correspond plusieurs dimensions. Afin de bien saisir le sens de ce questionnaire, nous allons passer en revue, chaque dimension en expliquant ce à quoi elles font références.

²⁵ Inspiré de la « Structure factorielle du COPSQQ v2 » (Dupret et al.,2012)

Contraintes quantitatives

Le premier domaine, regroupe dans un premier temps, les **exigences quantitatives du travail**, qui s'intéressent à la fréquence, allant de toujours à jamais/presque jamais, à laquelle le travail prend du retard ainsi que la fréquence à laquelle l'infirmier manque de temps pour la réalisation de ses tâches professionnelles. Dans un deuxième temps, le **rythme de travail** permet de savoir, toujours en termes de fréquence, s'il est, d'une part, fondamental de continuer à travailler à un rythme soutenu, et d'autre part, si ce rythme, élevé, est maintenu tout au long de la journée de travail.

L'autonomie

Ce domaine est représenté par l'**influence sur le travail**, visant à savoir, en termes de fréquence, si l'infirmier a d'une part, une grande marge d'influence sur son travail et d'autre part, si ce dernier peut influencer la quantité de travail qui lui est désignée. Les **possibilités de développement** permettant de savoir dans quelle mesure, allant d'une très grande mesure à une très faible mesure, l'infirmier a le pouvoir d'apprendre de nouvelles choses grâce à son métier mais également s'il s'agit d'un travail qui demande de prendre des initiatives.

L'organisation et le leadership

Les six premières dimensions sont évaluées sur base de mesures, allant d'une très grande mesure à une très faible mesure. La dernière étant soumise à une échelle de fréquence (toujours à jamais/presque jamais).

La prévisibilité s'intéresse au fait que les infirmiers reçoivent toutes les informations qu'ils leur sont nécessaires afin d'exécuter correctement leur travail, mais également si ceux-ci sont informés de manière précoce dans le cadre de projets, décisions importantes, etc. **L'appréciation et la reconnaissance**, s'interrogent sur le fait que le travail soit apprécié et reconnu par le management, mais également sur le fait que le travailleur soit traité de façon équitable au travail. Pour ce qui est de **l'intégrité et du respect**, cette dimension s'inquiète de savoir si le travail est distribué de façon équitable et si les conflits sont résolus équitablement. **La clarté de rôle** analyse si les objectifs de travail sont clairs et si les infirmiers savent exactement ce qu'il est attendu d'eux au travail.

La **qualité de la direction**, permet de savoir, si le supérieur hiérarchique directe, en l'occurrence l'infirmier en chef (N+1), accorde une priorité accrue concernant la satisfaction au travail et si ce dernier planifie correctement le travail. Pour la dernière dimension évaluée sur base de mesure, **la confiance verticale**, comme son nom l'indique, permet de savoir si les personnes interrogées peuvent faire confiance aux informations qui proviennent du management mais également si le management fait à son tour confiance à ces travailleurs à propos de leur capacité à bien réaliser leur travail.

Le **soutien social de la ligne hiérarchique** cherche à connaître la fréquence à laquelle le supérieur hiérarchique directe (N+1) est prêt à écouter les problèmes au travail ainsi que la fréquence à laquelle ces derniers soutiennent et aident leurs employés.

9.1.2.1.2. Les conséquences des risques psychosociaux par domaine

Selon la façon dont les facteurs de risques psychosociaux vont être perçus, et ce pour chacun des individus, cela pourrait avoir un impact sur les dimensions suivantes. A rappeler que chaque individu est différent, c'est pourquoi, des personnes peuvent être soumises aux mêmes conditions de travail mais avoir des répercussions totalement différentes sur la santé. Par exemple, un rythme de travail soutenu, peut être stressant pour une personne et pas une autre.

Vécu professionnel

La dimension concernant **le sens du travail**, s'intéresse à l'importance qu'accorde l'infirmier au travail qu'il réalise et permet également de savoir si le travail a du sens pour lui. Cette dimension est évaluée sur base de mesure (très grande mesure à très faible mesure). Pour ce qui est de **l'engagement sur le lieu de travail**, cette dimension permet de savoir si le répondant recommanderait à son ami proche de postuler l'emploi au sein de son institution mais également de connaître si le lieu de travail est d'une grande importance pour l'infirmier. Enfin, pour la dernière dimension appartenant au domaine du vécu professionnel, **la satisfaction au travail** est composée d'une seule question cherchant à savoir le degré de satisfaction qu'éprouve l'infirmier par rapport à son travail en général.

Santé et bien-être

Les **exigences émotionnelles du travail**, se posent la question de savoir, en termes de fréquence, allant de toujours à jamais/presque jamais, si le travail génère des situations perturbantes émotionnellement et si dans le travail, les répondants doivent composer avec les

problèmes personnels de leurs collègues. Le **conflit travail-famille**, s'intéresse à la façon dont le travail impact la vie privée ou familiale en se questionnant sur le sentiment, qu'a le répondant, par rapport à son travail, c'est-à-dire, si celui-ci lui prend tellement de temps et d'énergie entraînant un effet négatif au niveau de sa vie privée.

La dimension de la **santé subjective** est quant à elle composée d'un seul item. Cette dimension cherche à connaître la façon dont l'infirmier perçoit sa santé de façon générale, allant ainsi d'excellente à mauvaise, et ce au cours des quatre dernières semaines.

Concernant la dimension du **burnout**, celle-ci tient à connaître la fréquence, de tout le temps à jamais, à laquelle, le répondant s'est senti fatigué ainsi qu'épuisé de façon émotionnelle. Le **stress** étant dans le même ordre d'idée, en voulant savoir la fréquence à laquelle l'infirmier a été stressé ainsi que celle à laquelle il lui est arrivé de se sentir irritable.

9.2. Présentation du questionnaire au public-cible

A ce questionnaire a été annexé une **fiche d'identification** personnelle ainsi que professionnelle (**annexe 3**) afin de spécifier le type de population étudiée. Ce dernier comprend également des questions ouvertes, en vue d'identifier les différentes perceptions d'un espace relaxant parmi les institutions participantes.

De plus, un questionnaire spécifique destiné à la direction relevant des indications importantes sur la présence ou non d'un espace relaxant dans l'établissement, son taux de fréquentation, son positionnement au sein de la structure, son aménagement, etc, a été distribué (**annexe 4**).

9.2.1. Procédure de sélection et distribution du questionnaire au public-cible

L'idée de départ, afin de répondre à la question de recherche suivante : « *Quelle est l'influence d'un espace relaxant sur les risques psychosociaux liés au travail des infirmiers d'un service de gériatrie aiguë ?* » est de réaliser une étude comparative sur l'environnement psychosocial au travail chez des infirmiers exerçant dans un service de gériatrie aiguë.

Pour mener à bien cette étude comparative, un **groupe d'intervention** et un **groupe de contrôle** ont été défini de la façon suivante :

- **Groupe d'intervention** : composé d'infirmiers exerçant dans un service de gériatrie aiguë travaillant dans un hôpital disposant d'un accès à un espace relaxant ou d'autre(s) alternative(s) ;

- **Groupe contrôle** : composé d’infirmiers exerçant dans un service de gériatrie aigüe dans un hôpital ne disposant pas d’espace relaxant ou d’autre(s) alternative(s).

Ceci nous permettra d’effectuer des comparaisons entre les scores COPSOQ des deux groupes et d’objectiver la présence d’une différence significative ou non.

9.2.1.1. Procédure de sélection

Afin d’identifier des hôpitaux qui ont au sein de leur structure un espace relaxant ou d’autre(s) alternative(s) (jardin détente, cellule d’écoute, etc) pouvant améliorer le bien-être du personnel au travail et ainsi diminuer l’apparition des risques psychosociaux, les recherches ont été menées sur le moteur de recherche – Google – et des articles de presse pertinents y sont ressortis. Un article concernant un hôpital français a été repéré sur la base de données PubMed avec les mots clés : Relaxation area (espace de relaxation) - Caregivers (personnel soignant).

Le choix s’est porté sur **trois hôpitaux belges**, dont un universitaire faisant partie du **groupe contrôle** (deux en région wallonne (RW) et un en région bruxelloise (RB)), ainsi que trois **hôpitaux français**, faisant partie du **groupe intervention** (émanant des départements de Hauts-de-Seine, du Var et des Bouches-du-Rhône) ayant un ou plusieurs services de gériatrie.

Afin d’effectuer une comparaison équitable, les hôpitaux sélectionnés possèdent pour l’ensemble de l’institution, un nombre de lits équivalent.

Un courrier électronique abordant l’objectif de ce mémoire ainsi que les démarches à suivre en cas d’acceptation pour une collaboration a été envoyé aux **six institutions concernées**. La demande de participation a été envoyée, fin juin 2017. Cette requête a, dans un premier temps été directement adressée au directeur du département infirmier ou à son secrétariat. Dans un second temps, un cadre responsable de la gériatrie a été contacté.

Dans l’hypothèse de non réponse de la part des institutions de soins, une relance était initialement prévue. Etant donné l’absence de réponse, cette action a été entreprise pour l’ensemble des institutions hospitalières.

Les questionnaires ont été proposés sur **deux supports**. Soit un questionnaire version **papier** ou un questionnaire utilisant la plateforme **LimeSurvey200**, disponible à l’adresse : <https://tools.uclouvain.be/limesurvey200/index.php/839293/lang-fr>, pour la direction de

l'institution. Et le lien : <https://tools.uclouvain.be/limesurvey200/index.php/466378/lang-fr>, pour le personnel infirmier.

9.2.1.1.1. Les hôpitaux de Belgique

Après relance, dans le courant du mois d'août 2017, seul **un hôpital belge**²⁶ a **accepté (1/3)** de participer à l'enquête.

Il fût intéressant de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les institutions hospitalières n'ont pas souhaité participer à ce projet. Tout d'abord un établissement venait de réaliser une mesure de la charge psychosociale auprès de son personnel avec un questionnaire similaire et avait déjà effectué des démarches, en collaboration avec les organisations syndicales, afin d'améliorer certains domaines de la charge psychosociale. Le second a s'en doute été dérangé par la forme des questions étant donné qu'après relecture du questionnaire, l'institution a préféré refuser de participer à l'enquête.

Une réaction immédiate à dû être opérée et d'autres institutions hospitalières belges ont alors été contactées selon les mêmes modalités que les hôpitaux précédents. Afin d'obtenir un nombre de réponse maximum, le nombre de lits n'a plus été pris en considération.

Dans la sélection des autres établissements hospitaliers, **deux hôpitaux** (RW et RB) ont été **contactés**. Tous deux ont **refusé**. L'un d'entre eux menait une étude pilote, concernant le bien-être au travail, au sein d'un service de gériatrie, pour laquelle deux étudiantes travaillaient sur l'évaluation de ce projet. Elle considérait donc qu'elle ne pouvait pas m'accorder davantage de temps pour réaliser une autre étude. Le second venait de réaliser une enquête sur le bien-être et la qualité de vie au travail, et ne voulait pas faire « *double charge* » pour ses équipes.

Suite à cela, **9 autres hôpitaux** ont également été contactés. **Deux institutions**²⁷ ont répondu **positivement (3/3)**, **quatre** sont restées **sans réponses**, **deux** ont **refusé** et la dernière devait en parler au conseil de direction mais a été **classée sans suite** malgré les rappels. Une des institutions hospitalières ayant rejeté la participation à l'enquête venait également de réaliser un questionnaire portant sur le bien-être au travail et ne souhaitait pas réitérer l'expérience au sein de son « *entreprise* ». Pour le second refus, il ne disposait pas de temps suffisant pour permettre la réalisation de cette enquête et ne voyait pas l'intérêt à tirer de ce travail.

²⁶ Au cours de ce mémoire, cet hôpital sera désigné par la lettre **A**

²⁷ Au cours de ce mémoire, ces hôpitaux seront désignés par les lettres **B** et **C**

Dans les deux hôpitaux favorables à la réalisation de ce travail, l'hôpital C a marqué un intérêt prononcé pour le projet.

9.2.1.1.2. *Les hôpitaux de France*

Concernant les trois institutions hospitalières émanant de la France, un e-mail a été envoyé à chaque direction en charge des soins infirmiers. N'ayant pas obtenu de réponse, un courrier postal a été envoyé aux trois institutions. Par la suite, des appels téléphoniques ont dû être entrepris, mais sans succès. Les courriers électroniques ont alors été envoyés aux différents cadres supérieurs de santé responsable du pôle gériatrique et ce, pour chaque établissement.

Deux hôpitaux sur trois ont répondu à la demande. Cependant, seul un²⁸ a émis une réponse positive. Celui-ci, à dans un premier temps renvoyé à mon domicile, le questionnaire concernant la direction de l'hôpital complété par la cadre supérieur de santé. Cette dernière a transmis, à son personnel, l'adresse URL du questionnaire destiné aux infirmiers du service de gériatrie. Au vu des réponses récoltées dans le questionnaire de la direction, celles-ci ne rejoignaient pas l'espace relaxant auquel je faisais référence pour l'institution. Après un contact téléphonique, il s'est avéré que la cadre n'avait je cite : « *jamais mis les pieds dans cette salle* ».

Afin d'obtenir des renseignements concernant l'espace relaxant, le service des ressources humaines a été contacté par téléphone. Celui-ci m'a redirigé vers la médecine du travail qui a répondu à une partie de mes questions.

Pour le second établissement hospitalier, la cadre supérieure de santé m'a informé qu'elle ne disposait **d'aucun retour**, de son personnel, quant à l'utilisation de l'espace relaxant mis en place au sein de son institution. La démarche étant individuelle et les séances de relaxation réalisées en dehors du temps de travail. Par la suite, une réponse négative, à l'égard du projet, a été émise par la direction des soins de cet hôpital.

Pour le 3^{ème} établissement²⁹, n'ayant pas obtenu de réponse, les personnes en charge de l'espace relaxant ont été contactés. Une personne a répondu, via la plateforme LimeSurvey200 aux questions concernant l'aménagement de la salle. Par la suite j'ai reçu un e-mail me stipulant que le lien URL avait été transmis aux infirmiers.

²⁸ Au cours de ce mémoire, cet hôpital sera désigné par la lettre **A'**

²⁹ Au cours de ce mémoire, cet hôpital sera désigné par la lettre **B'**

Ne recevant pas de réponse des infirmiers exerçant au sein des 2 institutions participantes (**A'** et **B'**), les infirmiers en chef ont été contactés par téléphone afin de relancer le questionnaire auprès de leur personnel.

D'autres établissements ont alors été contactés, mais aucun retour n'a été objectif.

9.2.1.2. Distribution du questionnaire

Concernant les trois hôpitaux belges ayant répondu positivement, une **rencontre préalable** a été effectuée avec un infirmier en chef responsable du programme de soins gériatriques pour l'hôpital **A**, l'infirmier en chef du service gériatrie pour le **B** et un infirmier chef de service responsable de la gériatrie pour le **C**, avant le dépôt du questionnaire.

Les **trois institutions belges** ont préféré travailler avec le **format papier**, déposé par mes soins, auprès de chaque établissement. Les directions de deux hôpitaux ont répondu via la plateforme en ligne et le dernier a répondu à l'aide du format papier.

Au total, ce sont 3 hôpitaux sur 14, qui ont **répondu favorablement**.

Les trois établissements hospitaliers collaborant à la réalisation de ce travail, ont demandé, comme proposé dans le courrier électronique, un retour des résultats agrégés pour leur institution.

9.2.2. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : méthode d'analyse

Les résultats du COPSOQ s'interprètent de manière différente selon la dimension étudiée. En effet, les échelles atteignent des scores différents et n'ont pas toujours la même signification. C'est pour cela que nous allons vous décrire pour chaque dimension la valeur de l'échelle ainsi que son interprétation. Le résultat obtenu pour chacune des valeurs moyennes ne comportera qu'un chiffre. Lorsqu'il y aura une décimale, celle-ci ne sera pas prise en considération ni arrondi au chiffre supérieur.

La plupart des dimensions (17) sont composées de 2 questions, appelées items. Deux dimensions, ne comprennent quant à elle qu'une seule question, ce qui est le cas de la santé subjective et de la satisfaction au travail. La majorité des réponses sont codées de 0 à 3 ou de 0 à 4 pour certaines réponses.

Les scores obtenus à chaque item, en lien avec la dimension, sont additionnés, pouvant donner ainsi un résultat allant de 0 à 6 ou de 0 à 8. Pour certaines dimensions, les scores sont inversés, c'est-à-dire qu'un score de 6 dans la dimension concernant les exigences quantitatives au travail sera défavorable, tandis que le même score concernant l'influence sur le travail sera favorable.

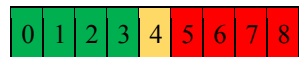
Pour les dimensions composées d'une seule question, les scores peuvent varier de 0 à 3 ou de 0 à 4.

Dans le cas où une réponse n'est pas donnée à l'un des deux items d'une même dimension, celle-ci sera considérée comme valeur manquante, et le résultat pour cette dimension ne sera pas calculé.

A chaque score, situé sur l'échelle, est attribué une couleur. Le **vert** à pour indication qu'il s'agit d'une **dimension favorable** à l'employé, le **jaune**, qu'il faut **veiller à faire attention** et le **rouge**, que c'est une **dimension défavorable** pour l'infirmier et donc qu'il pourrait y avoir des conséquences.

9.2.3. Interprétation des scores par dimension

Contraintes quantitatives :



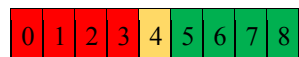
Pour les deux dimensions attachées à ce domaine, l'échelle permet d'obtenir un score allant de 0 à 8. De 0 à 3 sera attribuée la couleur verte, jaune pour un score égal à 4 et rouge pour le reste.

Autonomie :



L'échelle pour ce domaine à un score de 0 à 8. Le rouge étant attribué à un résultat compris entre 0 et 3, le jaune, 4, et le vert pour un résultat situé entre 5 à 8.

L'organisation et le leadership :



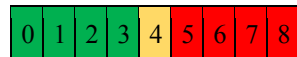
Ce domaine s'interprète de la même façon que le domaine précédent, c'est-à-dire, avec une échelle allant de 0 à 8. Avec la couleur rouge pour les résultats de 0 à 3, jaune pour le 4, et vert pour les scores supérieurs ou égal à 5.

Vécu professionnel :



Pour ce domaine ci, le sens du travail ainsi que l'engagement sur le lieu de travail est évalué sur une échelle comprise de 0 à 8. Avec la couleur rouge pour les résultats de 0 à 3, jaune pour le 4, et vert pour les scores supérieurs ou égal à 5.

Santé et bien-être :



Les échelles sur lesquelles doivent être interprétées les exigences émotionnelles, stress ainsi que le burnout sont comprises entre 0 à 8. Zone favorable pour les scores allant de 0 à 3, 4, à risque, et défavorable pour les résultats compris entre 5 et 8.



Pour ce qui est de la dimension conflit travail-famille, celle-ci s'évalue sur une échelle de 0 à 6. Favorable pour les scores allant de 0 à 2, 3, zone à risque, et défavorable pour les résultats compris de 4 à 6.



La santé subjective, comprend une échelle de 0 à 4. Le 0 représente la zone défavorable, 1 à risque et de 2 à 4 la zone favorable pour les infirmiers.

Un fichier sera créé avec le logiciel Excel afin d'encoder et d'additionner les scores pour chacune des dimensions. Cela nous permettra d'obtenir une moyenne par dimension. Le logiciel statistique IBM SPSS, version 25 va également être utilisé pour permettre d'analyser les données, concernant le questionnaire du COSPOQ, en utilisant le test non-paramétrique Mann-Whitney dans le cas où les distributions ne suivent pas une loi normale. Dans le cas contraire le Test-T pour variances égales ou différentes sera employé.

9.2.4. Fiche d'identification : méthode d'analyse

La fiche d'identification permettant de regrouper des données, tant personnelles que professionnelles, va être analysée à l'aide du logiciel de statistiques IBM SPSS, version 25. Dans le cas où la variable suit une loi normale, les résultats seront présentés par la moyenne avec le minimum et le maximum, dans le cas contraire on utilisera la médiane ainsi que les percentiles 25 et 75 pour présenter les résultats.

Les résultats chiffrés étant représentés, par des tranches d'âges, nous allons utiliser la notion de centre de classe afin de réaliser des moyennes d'âge, des moyennes d'ancienneté au sein du service ainsi qu'au sein de l'institution.

Le but étant de connaître le type de population étudiée, et entre autres, de savoir s'il s'agit de travailleurs jeunes ou plus âgés. Mais également le nombre d'années effectuées au sein du service de gériatrie aiguë ou encore au sein de l'institution.

10. Analyse de données

Le manque de retour de questionnaire de la part du groupe d'intervention ne nous permet plus de réaliser une comparaison des scores du COPSQ avec le groupe contrôle. Cependant, nous allons nous aider des réponses reçues par la direction des hôpitaux français ayant donné suite au questionnaire et procéder à l'analyse des questionnaires concernant les infirmiers des hôpitaux Belges.

Les données vont être analysées avec le logiciel statistique IBM SPSS, version 25 en utilisant le test non-paramétrique Kruskal-Wallis, dans le cas de distributions non normales ou le test ANOVA dans le cas contraire.

Pour ce faire, nous allons réaliser des comparaisons entre les résultats obtenus au sein des trois hôpitaux afin de voir s'il existe une différence significative (H_1) ou non (H_0) entre les scores COPSQ, et ce pour chacune des dimensions, selon que les infirmiers travaillent dans l'hôpital A, B ou C.

Dans le cas où nous obtenons une P-valeur significative, un autre test sera réalisé pour effectuer des comparaisons entre 2 groupes d'hôpitaux. Le test non-paramétrique Mann-Whitney sera utilisé dans le cas d'une distribution non normale, à l'inverse, le test T pour variances égales ou différentes sera effectué.

Nous allons également extraire les données concernant le questionnaire annexé en lien avec l'espace relaxant et réaliser des figures via le logiciel Excel.

11. Résultats

11.1. Présentation des hôpitaux

11.1.1. Hôpitaux de France

- **Hôpital A'** : Présence d'**un service** de gériatrie, de **14 lits**, au sein de cette institution comptant 600 lits dans son ensemble.
- **Hôpital B'** : Présence d'**un service** de gériatrie, de **25 lits**, au sein de cette institution comptant presque 900 lits dans son ensemble.

11.1.1.1. *Espace relaxant*

- **Hôpital A'** : dispose, pour son personnel, d'un espace d'environ 20 m² composé de 4 **fauteuils de massage**, décoré de 2 colonnes à bulles et permettant également d'écouter de la **musique**. L'institution ne demande **pas de participation financière** pour exploiter cet espace qui est par ailleurs accessible **en dehors des heures de travail**. Il est situé à proximité des locaux destinés au Service de Santé au Travail, mais reste accessible à n'importe quel instant de la journée, puisque l'entrée dans cet espace se fait grâce au badge du personnel.
- **Hôpital B'** : dispose de 4 salles permettant de nombreuses approches complémentaires tels que la **réflexologie plantaire**, le **yoga**, la **médiation**, le **shiatsu**, l'**ostéopathie** ou encore la **résonnance énergétique par stimulation cutanée**³⁰. Une participation financière de **10 euros/an** est demandée au personnel qui souhaiterait bénéficier de ces activités. La plupart du temps, le personnel peut profiter de ces différentes activités **en dehors des horaires de travail**, sauf dans le cas d'un accord de l'infirmier chef de service ou de la médecine du travail. Ces différentes possibilités de relaxation sont accessibles de **8 heures à 18 heures**.

Ces salles sont faciles d'accès et se situent dans un des bâtiments de l'hôpital. En plus de ces méthodes relaxantes, l'hôpital dispose d'une **cellule d'écoute**. Certaines personnes sont d'ailleurs conseillées par le psychologue de cette cellule, la médecine du travail ou encore par certains médecins de l'institution afin de bénéficier de ses activités relaxantes.

³⁰ Technique émanant de la médecine chinoise, qui est basée sur « l'écoute digitale » des vibrations du corps au travers des points cutanés (méridiens). Ce qui engendre un apaisement par l'équilibre des énergies du corps (Fouchier, 2014)

Malgré la mise en place de ces méthodes de relaxation au sein des institutions, la direction des deux institutions rapporte respectivement, pour l'un, que l'espace est exploité par 40 % du personnel de l'institution dont **5%** pour le **service de gériatrie aiguë** et pour l'autre, que le personnel exerçant en gériatrie n'y accède que lorsqu'il est au « *stade du burnout* ».

11.1.1.2. Taux de réponse aux questionnaires

- **Hôpital A'** : Un taux de réponse de **33,33%** a été enregistré avec 2 questionnaires récupérés sur 6.
- **Hôpital B'** : Le taux de réponse au sein de cette institution est de **0,00%**, avec 0 questionnaire récupéré sur 15.

11.1.1.3. Présentation de l'échantillon

Etant donné le faible taux de réponses obtenues, ces questionnaires ne sont pas exploitables.

11.1.2. Hôpitaux de Belgique

- **Hôpital A** : Présence de **deux services** de gériatrie, comptant chacun **24 lits** au sein de cette institution proche de 1000 lits.
- **Hôpital B** : Présence d'**un service** de gériatrie, de **27 lits**, au sein de cette institution comptant presque 900 lits dans son ensemble.
- **Hôpital C** : Présence de **deux services** de gériatrie, comptant chacun **23 lits** au sein de cette institution dotée de moins 500 lits.

11.1.2.1. Espace relaxant

- **Hôpital A** : Néant
- **Hôpital B** : Néant
- **Hôpital C** : Néant

11.1.2.2. Taux de réponse aux questionnaires

- **Hôpital A** : Le taux de réponse au sein de cette institution est de **46,43%**, avec 13 questionnaires récupérés sur 28.
- **Hôpital B** : Au sein de l'établissement B, un taux de réponse de **63,16%** a été enregistré avec 12 questionnaires récupérés sur 19.

- **Hôpital C** : Pour cet hôpital, le taux de réponse aux questionnaires est de **57,14%** avec 12 questionnaires récupérés sur 21.

11.1.2.3. Présentation de l'échantillon

Afin de spécifier la population étudiée, nous avons extraits les données, ci-dessous, grâce à notre fiche d'identification.

- **Hôpital A**

Le tableau ci-dessous représente différentes données concernant les infirmiers qui ont participé à l'enquête. Ces informations ont été extraites grâce à la fiche d'identification, celles-ci permettent de nous donner une idée des profils étudiés.

Tableau 1. Caractéristiques des infirmiers (n=13)

Age des répondants	Moyenne ± DS
Age, en années	36,27 ± 9,54
Ancienneté au sein du service	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	2,50 ± [2,50 ; 15,50]
Ancienneté au sein de l'institution	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	2,50 ± [2,50 ; 15,50]
Sexe	n (%)
Femme	10 (76,90)
Homme	3 (23,10)
Choix du service	n (%)
Oui	12 (92,30)
Spécialisation en gériatrie	n (%)
Oui	7 (53,80)

DS : déviation standard ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75

Au sein de cet hôpital, la moyenne d'âge des répondants est de 36,27 (DS 9,54). En se basant sur la médiane nous pouvons déduire que plus de 50% des participants à l'enquête appartiennent à la tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans concernant l'ancienneté au sein du service ainsi que de l'institution. Nous pouvons conclure que la majorité des infirmiers sont récents au sein du

service. Le sexe féminin est le genre le plus représenté (n=10) au sein de ce service de gériatrie aiguë. La majorité des participants à l'enquête ont fait le choix de travailler au sein du service de gériatrie (n=12), en revanche, le nombre d'infirmiers spécialisé en gériatrie correspond à un peu plus de la moitié (n=7) des infirmiers répondants.

▪ Hôpital B

Le tableau ci-dessous représente différentes données concernant les infirmiers qui ont participé à l'enquête. Ces informations ont été extraites grâce à la fiche d'identification, celles-ci permettent de nous donner une idée des profils étudiés.

Tableau 2. Caractéristiques des infirmiers (n=12)

Age des répondants	Moyenne ± DS
Age, en années	45,50 ± 9,53
Ancienneté au sein du service	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	8,00 ± [2,50 ; 13,00]
Ancienneté au sein de l'institution	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	15,50 ± [8,00 ; 31,00]
Sexe	n (%)
Femme	10 (83,30)
Homme	2 (16,70)
Choix du service	n (%)
Oui	9 (75,00)
Spécialisation en gériatrie	n (%)
Oui	6 (50,00)

DS : Déviation standard ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75

Cette institution hospitalière est composée d'infirmier avec une moyenne d'âge de 45,50 (DS 9,53). Moins de 75% des infirmiers ont une ancienneté de service comprise en 0 et 10 ans. Cependant, en observant la médiane, nous constatons que leur ancienneté au sein de l'institution est pour la moitié des infirmiers égale ou inférieur à 15 ans. Nous avons pu remarquer que la population est fortement dispersée et que les tranches d'âge sont représentées de manière plus ou moins équitable concernant la durée de l'ancienneté au sein du service de cet hôpital. Le

sexe féminin est le genre le plus représenté (n=10) au sein de ce service de gériatrie aiguë. La majorité des participants à l'enquête ont fait le choix de travailler au sein du service de gériatrie (n=9), en revanche le nombre d'infirmiers spécialisés en gériatrie correspond à la moitié (n=6) des infirmiers répondants.

▪ Hôpital C

Le tableau ci-dessous représente différentes données concernant les infirmiers qui ont participé à l'enquête. Ces informations ont été extraites grâce à la fiche d'identification, celles-ci permettent de nous donner une idée des profils étudiés.

Tableau 3. Caractéristiques des infirmiers (n=12)

Age des répondants	Médiane ± [P25 ; P75]
Age, en années	25,50 ± [25,50 ; 33,00]
Ancienneté au sein du service	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	2,50 ± [2,50 ; 6,63]
Ancienneté au sein de l'institution	Médiane ± [P25 ; P75]
Ancienneté, en années	2,50 ± [2,50 ; 6,63]
Sexe	n (%)
Femme	8 (66,7)
Homme	4 (33,3)
Choix du service	n (%)
Oui	9 (75,00)
Spécialisation en gériatrie	n (%)
Oui	3 (25,00)

DS : déviation standard ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75

Moins de 75% des personnes exerçant au sein de cet établissement hospitalier, dans le service de gériatrie aiguë, ont un âge compris entre 21 et 30 ans. L'ancienneté au sein du service de gériatrie aiguë ainsi que de l'institution hospitalière est pour ¼ des répondants supérieurs à 5 ans. Le sexe féminin est le genre le plus représenté (n=8) au sein de ce service de gériatrie aiguë. La majorité des participants à l'enquête ont fait le choix de travailler au sein du service

de gériatrie (n=9), en revanche le nombre d'infirmiers spécialisés en gériatrie est très faible, 25%.

11.6. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : Analyses descriptives

Nous allons vous présenter les moyennes récoltées, et ce, pour chacune des institutions de soins belges.

11.6.1. Les facteurs de risques psychosociaux

Contraintes quantitatives

Concernant les **exigences quantitatives du travail**, nous observons une moyenne équivalente pour l'institution A (moyenne 4,08) ainsi que la C (moyenne 4,67). Ce score de 4, indique qu'il s'agit d'une dimension pour laquelle une **attention particulière doit être envisagée**. L'institution B (moyenne 3,67) se rapprochant fortement, se trouve quant à elle, dans une zone **favorable** pour les employés (3). Même scénario pour le **rythme de travail**, nous obtenons pour l'institution A (moyenne 5,23) et l'institution B (moyenne 5,42) un score identique de 5, l'institution C (moyenne 6,58) obtenant un résultat proche de ces deux homologues (6). Ce qui signifie, pour cette dimension, que le rythme de travail est **défavorable** pour les infirmiers, pouvant entraîner l'apparition de risques psychosociaux.

Il s'agit ici de deux dimensions pour lesquels il faut être attentif, car elles pourraient, dans ce cas-ci, motiver la survenue de risques psychosociaux pour la moyenne des infirmiers.

Autonomie

Une valeur manquante (1/13) pour l'institution A a été observée pour la dimension concernant l'influence sur le travail.

Dans le cas de l'influence sur le travail, l'hôpital A (moyenne 4,00) et B (moyenne 4,00) ont obtenu un score moyen de 4 et l'institution C (moyenne 3,58) un score de 3. En revanche, concernant les possibilités de développement, nous avons observé un résultat homogène, de 6 (moyenne 6,77 ; moyenne 6,58 ; moyenne 6,67). Ce qui signifie que, dans le cas de la première dimension, **l'influence sur le travail**, un **établissement hospitalier** obtient un résultat positionnant cette dimension dans une zone **défavorable** pour la moyenne des employés, cependant, pour les **deux autres hôpitaux**, l'influence sur le travail requiert une **attention particulière**.

Pour ce qui est de la seconde dimension, **les possibilités de développement**, la moyenne des résultats pour les trois institutions mentionne cette dimension comme étant favorable aux répondants.

Nous pouvons affirmer que les infirmiers exerçant au sein d'un service de gériatrie aiguë, ont de bonnes possibilités de développement tandis que leur influence sur le travail est faible. Ce qui pourrait entraîner la survenue de risques psychosociaux.

Organisation et leadership

Une valeur manquante (1/13) pour l'institution A a été observée pour la dimension concernant l'appréciation et la reconnaissance ainsi que pour la qualité de la direction.

Concernant la **clarté des rôles** (moyenne 6,62 ; moyenne 6,67 ; moyenne 6,33), ainsi que la **confiance verticale** (moyenne 5,38 ; moyenne 5,67 ; moyenne 5,25), nous avons obtenus respectivement, les mêmes résultats, 6 et 5, pour la moyenne des trois hôpitaux. Ce qui les classes dans une zone propice pour les infirmiers. A propos de la **prévisibilité** (moyenne 5,15 ; moyenne 5,17 ; moyenne 4,75), de **l'appréciation et reconnaissance** (moyenne 5,25 ; moyenne 5,83 ; moyenne 4,92), ainsi que du **soutien social de ligne hiérarchique** (moyenne 5,62 ; moyenne 5,83 ; moyenne 4,67), nous avons obtenus dans tous les cas, deux scores moyens identiques pour les institutions A et B ainsi qu'un résultat très proche pour l'institution C. Concernant **l'intégrité et le respect** (moyenne 5,15 ; moyenne 4,92 ; moyenne 4,50), ce sont les institutions B et C qui ont obtenu un score moyen de 4. Par ailleurs, pour **la qualité de la direction** (moyenne 5,75 ; moyenne 6,50 ; moyenne 5,08) ce sont les établissements A et C qui ont obtenu un score moyen de 5. Ce qui exprime qu'il s'agit de dimensions ayant obtenu, dans la majorité, un résultat favorable pour les employés. Cependant, quatre dimensions, la **prévisibilité, l'appréciation et reconnaissance, intégrité et respect** ainsi que le **soutien social de ligne hiérarchique**, ont obtenus des résultats d'une valeur de 4, équivalent à la couleur jaune, et pour lequel il faut y attacher une attention particulière.

Hormis la clarté de rôle (les trois institutions) et la qualité de la direction (une institution), les scores moyens sont de cinq, donc proche de la zone jaune. Il faudrait peut-être y accorder une attention afin d'éviter que ces dimensions se retrouvent dans une zone à risque.

Ce qui signifie pour la majorité des scores qu'il y a un bon leadership et une bonne organisation, même s'il existe certaines dimensions sur lesquelles il faut être vigilant.

11.6.2. Les conséquences des risques psychosociaux

Vécu professionnel

Une valeur manquante (1/13) pour l'institution A a été observée pour la dimension concernant l'engagement sur le lieu de travail.

La moyenne des résultats obtenu pour le **sens du travail** (moyenne 7,08 ; moyenne 7,42 ; moyenne 6,83), ainsi que pour l'**engagement sur le lieu de travail** (moyenne 5,25 ; moyenne 5,92 ; moyenne 5,58), permet de classer ces dimensions dans une zone favorable pour les répondants.

La **satisfaction au travail** (moyenne 1,92 ; moyenne 2,17 ; moyenne 2,08), quant à elle obtient, pour l'institution A, un score moyen de 1, signifiant que la moyenne des répondants n'est pas satisfaite de son travail. Le résultat étant de 2 pour les autres hôpitaux B et C.

Dans l'ensemble, le travail que réalise les infirmiers d'un service de gériatrie aiguë fait sens pour eux, et ils sont engagés sur leur lieu de travail. Cependant, certains soignants ne sont pas satisfaits de leur travail.

Santé et bien-être

Une valeur manquante (1/13) pour l'institution A a été observée pour les dimensions concernant la santé subjective, le burnout et le stress.

Dans le cas du **stress** (moyenne 4,33 ; moyenne 3,08 ; moyenne 4,75) ainsi que du **burnout** (moyenne 4,50 ; moyenne 2,75 ; moyenne 4,00), les établissements A et C obtiennent le même score moyen de 4 signifiant la présence d'un risque. L'institution B obtient quant à elle, un résultat moyen de 3 pour le stress et 2 pour le burnout, les classant dans une zone favorable. Concernant les **exigences émotionnelles** (moyenne 4,92 ; moyenne 4,50 ; moyenne 3,92), les hôpitaux A et B obtiennent un résultat identique de 4, et un score de 3 pour la l'hôpital C.

Le **conflit travail-famille** (moyenne 3,69 ; moyenne 2,00 ; moyenne 3,08) récolte un résultat similaire, de 3 pour les hôpitaux A, B et de 2 pour l'hôpital C. Quant à la **santé subjective** (moyenne 2,33 ; moyenne 2,67 ; moyenne 2,33), cette dimension obtient un score moyen de 2, identique pour les trois établissements.

Les infirmiers se sentent en bonne santé pour les trois institutions. Les exigences émotionnelles, le stress, le burnout ainsi que le conflit entre le travail et la famille n'obtiennent cependant, pas encore de résultats critiques, mais il faut cependant tout de même veiller à faire attention.

11.7. Questionnaire Psychosocial de Copenhague : Analyses statistiques

Les facteurs de risques psychosociaux par domaine

Contraintes quantitatives

Le tableau ci-dessous permet de démontrer si les scores moyens obtenus pour les facteurs de risques psychosociaux, concernant les contraintes quantitatives, diffèrent (H₁) ou pas (H₀) selon que les infirmiers exercent dans l'hôpital A, B ou C.

Tableau 4. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés aux contraintes quantitatives

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variables	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Exigences quantitatives du travail	4,00 ± [3,00 ; 5,00]	3,50 ± [3,00 ; 4,00]	4,50 ± [3,25 ; 5,75]	0,274
Rythme de travail	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [4,25 ; 6,00]	6,50 ± [6,00 ; 7,75]	0,024

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75

Concernant les exigences quantitatives du travail, l'analyse des données ci-dessus ne nous permet pas d'affirmer, au seuil de 5%, qu'il existe une différence entre les scores moyens obtenus chez les infirmiers qui travaillent au sein du service de gériatrie de l'hôpital A, B ou C. Cependant, à propos de la dimension du rythme de travail, nous pouvons affirmer avec 5% de chance de se tromper qu'il existe une différence significative entre les trois institutions.

Ce tableau permet de connaître entre quelles institutions il existe une différence significative, selon les scores moyens obtenus, pour la dimension concernant le rythme de travail.

Tableau 5. Résultats concernant la comparaison entre 2 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés aux contraintes quantitatives

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variables	Médiane ± [P25 ; P75]	Médiane ± [P25 ; P75]	Médiane ± [P25 ; P75]	P-Valeur*
Rythme de travail	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [4,25 ; 6,00]	/	0,650
	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	/	6,50 ± [6,00 ; 7,75]	0,019
	/	6,00 ± [4,25 ; 6,00]	6,50 ± [6,00 ; 7,75]	0,020

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75

Nous pouvons affirmer, avec 5 % de chance de se tromper, qu'il existe une différence significative concernant la dimension, **rythme de travail**, pour les infirmiers exerçant au sein d'un service de gériatrie aiguë de l'hôpital C, par rapport à l'hôpital A et B.

L'autonomie

Le tableau ci-dessous permet de démontrer si les scores moyens obtenus pour les facteurs de risques psychosociaux, concernant l'autonomie, diffèrent (H_1) ou pas (H_0) selon que les infirmiers exercent dans l'hôpital A, B ou C.

Tableau 6. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés à l'autonomie

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variables	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Influence sur le travail	**4,50 ± [2,00 ; 5,00]	4,00 ± [3,25 ; 5,00]	4,00 ± [3,00 ; 5,00]	0,813
Possibilités de développement	7,00 ± [6,00 ; 7,00]	7,00 ± [5,25 ; 8,00]	7,00 ± [6,00 ; 7,00]	0,999

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75 ; **1 valeur manquante (7,69%)

Au seuil de 5%, nous n'avons pas assez d'évidence pour affirmer, que séparément, au sujet de l'influence sur le travail ainsi que les possibilités de développement, il existe une différence entre les scores moyens obtenus chez les infirmiers qui travaillent au sein du service de gériatrie de l'hôpital A, B ou C.

L'organisation et le leadership

Le tableau ci-dessous permet de démontrer si les scores moyens obtenus pour les facteurs de risques psychosociaux, concernant l'organisation et le leadership, diffèrent (H_1) ou pas (H_0) selon que les infirmiers exercent dans l'hôpital A, B ou C.

Tableau 7. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les facteurs de risques psychosociaux liés à l'organisation et au leadership

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variables	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Prévisibilité	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	5,00 ± [5,00 ; 6,00]	5,00 ± [3,25 ; 6,00]	0,710
Appréciation et reconnaissance	**5,00 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [4,25 ; 7,75]	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	0,480
Clarté de rôle	7,00 ± [6,00 ; 7,50]	6,50 ± [6,00 ; 7,75]	6,00 ± [6,00 ; 7,00]	0,771
Intégrité et respect	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [4,00 ; 6,00]	5,00 ± [3,25 ; 6,00]	0,604
Qualité de la direction	**6,00 ± [5,00 ; 6,75]	6,50 ± [6,00 ; 8,00]	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	0,069
Confiance verticale	6,00 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [5,00 ; 6,00]	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	0,530
Soutien social ligne hiérarchique	6,00 ± [4,50 ; 6,50]	6,00 ± [5,00 ; 7,00]	4,50 ± [3,25 ; 6,00]	0,262

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75 ; **1 valeur manquante (7,69%)

Au seuil de 5%, nous n'avons pas assez d'évidence pour affirmer qu'individuellement, au sujet de la prévisibilité, de l'appréciation et reconnaissance, de la clarté de rôle, de l'intégrité et du respect, de la qualité de la direction, de la confiance verticale ainsi que du soutien social de ligne hiérarchique, il existe une différence entre les scores moyens obtenus chez les infirmiers qui travaillent au sein du service de gériatrie de l'hôpital A, B ou C.

Les conséquences des risques psychosociaux par domaine

Vécu professionnel

Le tableau ci-dessous permet de démontrer si les scores moyens obtenus, à propos des conséquences des risques psychosociaux pour le vécu professionnel, différent (H_1) ou pas (H_0) selon que les infirmiers exercent dans l'hôpital A, B ou C.

Tableau 8. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié au vécu professionnel

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variables	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Sens du travail	8,00 ± [6,00 ; 8,00]	7,50 ± [7,00 ; 8,00]	7,00 ± [6,00 ; 8,00]	0,559
Engagement sur le lieu de travail	**5,50 ± [4,00 ; 6,00]	6,00 ± [5,00 ; 7,00]	6,00 ± [4,00 ; 6,75]	0,640
Satisfaction au travail	2,00 ± [2,00 ; 2,00]	2,00 ± [2,00 ; 2,75]	2,00 ± [2,00 ; 2,00]	0,295

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75 ; **1 valeur manquante (7,69%)

Concernant chacune des variables de la dimension du vécu professionnel, nous ne pouvons pas affirmer, au seuil de 5%, qu'il existe une différence entre les scores moyens obtenus chez les infirmiers qui travaillent au sein du service de gériatrie de l'hôpital A, B ou C.

Santé et bien-être

Le tableau ci-dessous permet de démontrer si les scores moyens obtenus, à propos des conséquences des risques psychosociaux concernant la santé et le bien-être, diffèrent (H_1) ou pas (H_0) selon que les infirmiers exercent dans l'hôpital A, B ou C.

Tableau 9. Résultats concernant la comparaison entre 3 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié à la santé et au bien-être

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variabes	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Exigences émotionnelles du travail	5,00 ± [4,00 ; 6,00]	4,00 ± [4,00 ; 5,00]	4,00 ± [3,00 ; 5,00]	0,265
Conflit travail-famille	4,00 ± [3,00 ; 5,50]	2,00 ± [1,25 ; 2,75]	4,00 ± [1,25 ; 4,00]	0,049
Santé subjective	**2,00 ± [1,25 ; 3,00]	3,00 ± [2,00 ; 3,00]	2,00 ± [2,00 ; 3,00]	0,514
Burnout	**5,50 ± [3,00 ; 6,00]	2,00 ± [2,00 ; 4,00]	3,50 ± [2,25 ; 5,50]	0,056
Stress	**5,00 ± [2,00 ; 6,00]	2,50 ± [2,00 ; 4,00]	4,00 ± [4,00 ; 6,00]	0,089

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75 ; ** 1 valeur manquante (7,69%)

L'analyse des données ne nous permet pas d'affirmer, au seuil 5%, qu'il existe une différence significative entre les moyennes de chacune des conséquences des risques psychosociaux analysés pour les trois hôpitaux. En revanche, concernant la dimension du **conflit entre le travail et la famille** ainsi que le **burn-out**, nous pouvons affirmer avec 5% de chance de se tromper, qu'il existe une différence significative entre les trois institutions.

Le tableau ci-contre permet de connaître entre quelles institutions il existe une différence significative pour les dimensions concernant le rythme de travail ainsi que le burn-out.

Tableau 10. Résultats concernant la comparaison entre 2 institutions pour les conséquences de risques psychosociaux lié au vécu professionnel

	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	
Variabes	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	Médiane ± [P₂₅ ; P₇₅]	P-Valeur*
Conflit travail-famille	4,00 ± [3,00 ; 5,50]	2,00 ± [1,25 ; 2,75]	/	0,014
	4,00 ± [3,00 ; 5,50]	/	4,00 ± [1,25 ; 4,00]	0,574
	/	2,00 ± [1,25 ; 2,75]	4,00 ± [1,25 ; 4,00]	0,128
Burn-out	**5,50 ± [3,00 ; 6,00]	2,00 ± [2,00 ; 4,00]	/	0,012
	**5,50 ± [3,00 ; 6,00]	/	3,50 ± [2,25 ; 5,50]	0,514
	/	2,00 ± [2,00 ; 4,00]	3,50 ± [2,25 ; 5,50]	0,178

*Seuil de significativité = 5% ; P₂₅ : Percentile 25 ; P₇₅ : Percentile 75 ; ** 1 valeur manquante (7,69%)

Nous pouvons affirmer, avec 5 % de chance de se tromper, qu'il existe une différence significative entre les infirmiers exerçant au sein d'un service de gériatrie aiguë de l'hôpital A et B, concernant la dimension du **conflit travail-famille** et du **burn-out**.

11.8. Tableau récapitulatif

Ce tableau ci-dessous permet de mettre en évidence, pour chaque établissement hospitalier, les résultats obtenus considérés comme les plus marquant³¹.

Tableau 11. Récapitulatif des facteurs de risques psychosociaux alarmants pour chacune des institutions

Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C
Exigences quantitatives du travail	/	Exigences quantitatives du travail
Rythme de travail	Rythme de travail	Rythme de travail
Influence sur le travail	Influence sur le travail	Influence sur le travail
/	Intégrité et respect	Intégrité et respect
/	/	Prévisibilité
/	/	Appréciation et reconnaissance
/	/	Soutient social ligne hiérarchique

Nous observons que les exigences quantitatives du travail ainsi que l'intégrité et le respect sont présents dans 2 hôpitaux sur 3. Le rythme de travail est pour sa part défavorable et présent au sein des 3 institutions. Concernant l'influence sur le travail, cette dimension est défavorable pour les infirmiers de l'hôpital C et à risque pour les infirmiers des 2 autres hôpitaux. Une institution semble cependant mettre en avant plus de facteurs de risques psychosociaux que ses homologues.

³¹ La couleur rouge représente les dimensions défavorables aux infirmiers et la couleur noire, correspond à une dimension à risque.

Ce tableau ci-dessous permet de mettre en évidence, pour chaque établissement hospitalier, les résultats obtenus considérés comme les plus marquant³².

Tableau 12. Récapitulatif des conséquences risques psychosociaux alarmants pour chacune des institutions

Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C
Exigences émotionnelles du travail	Exigences émotionnelles du travail	/
Stress	/	Stress
Satisfaction au travail	/	/
Conflit travail-famille	/	Conflit travail-famille
Burn-out	/	Burn-out

Nous observons, grâce à ce tableau, que les dimensions concernant les exigences émotionnelles du travail, le stress ainsi que le conflit travail-famille sont présentes dans 2 hôpitaux sur 3. Une institution, la A, semble cependant présenter plus de conséquences que ces homologues.

³² La couleur rouge représente les dimensions défavorables aux infirmiers et la couleur noire, correspond à une dimension à risque.

11.9. Perception de l'espace relaxant

Nous avons interrogé les infirmiers concernant la perception qu'ils se font d'un espace relaxant dans le but de préserver leur santé psychosociale. Les résultats vous sont présentés sur la figure ci-dessous. Pour ce faire, nous avons proposé aux participants quatre possibilités, zone de massage-réflexologie-sophrologie, cellule d'écoute avec la présence d'un psychologue, local de repos permettant de prendre une pause au calme ou encore jardin zen, avec une zone libre leur permettant de décrire leur propre conception.

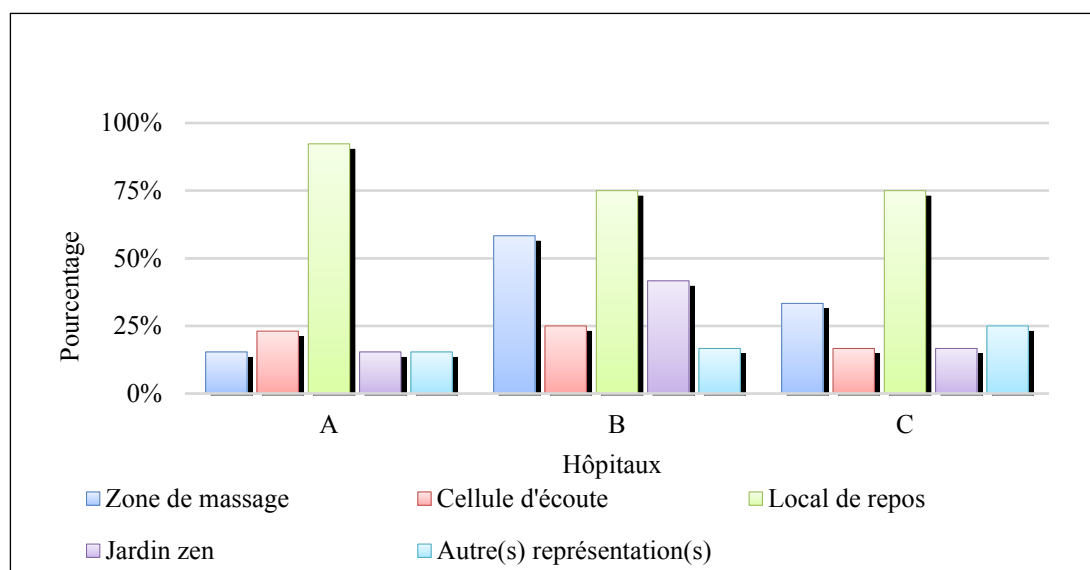


Figure n°2. Représentation d'un espace relaxant

Dans le cas de l'**institution A**, le local de repos a été majoritairement sélectionné (92,31%), suivi de loin par la cellule d'écoute (23,08%). La zone de massage ainsi que le jardin zen n'ont pas remporté un franc succès (15,38%).

Concernant d'autres représentations, 15,38% des participants ont répondu :

- « *Un endroit où ni les médecins, ni les familles, ni les patients peuvent nous interrompre* » (répondant n°5)
- « *Musicothérapie dans le couloir de travail* » et « *coffret bien-être, relax une 1x/mois* » (répondant n°7)

Les infirmiers de l'**institution B**, sont favorables à un local de repos pour 75%, suivi de près par une zone de massage (58,33%). 41,67% apprécierait un jardin zen et 25% une cellule d'écoute.

16,67% ont proposé d'autres représentations, telles que :

- « *Piscine* » (répondant n°15)
- « *Salle de sport* » (répondant n°18)

L'**institution C**, montre également un plus grand intérêt pour un local de repos (75%). Pour 33,33% des répondants la zone de massage a été sélectionnée. La cellule d'écoute ainsi que le jardin zen obtiennent 16,67% des suffrages.

D'autres représentations ont été proposées pour 25% des infirmiers :

- « *Zone réservée au personnel pour prendre la pause ensemble, débriefing de la journée. Pour souffler ensemble* » (répondant n°26)
- « *Un ostéopathe pour les dos calés* » (répondant n°30)
- « *Local fauteuil + écran TV commun dans lequel des moments soignants/patients hors soins pourraient se faire (football, tour de France, etc...)* » et « *Activité Team Building* » (répondant n°34)

11.10. Mise en place d'un espace relaxant ou autre(s) alternative(s)

Nous avons voulu connaître, pour les hôpitaux ne disposant pas d'espace relaxant, si la mise en place d'un de ces espaces (local de repos, zone de massage, etc) pouvait, selon eux, être bénéfique pour leur santé psychosociale.

La figure ci-dessous représente le pourcentage d'infirmiers trouvant intéressant la mise en place d'un espace relaxant au sein de leur institution.

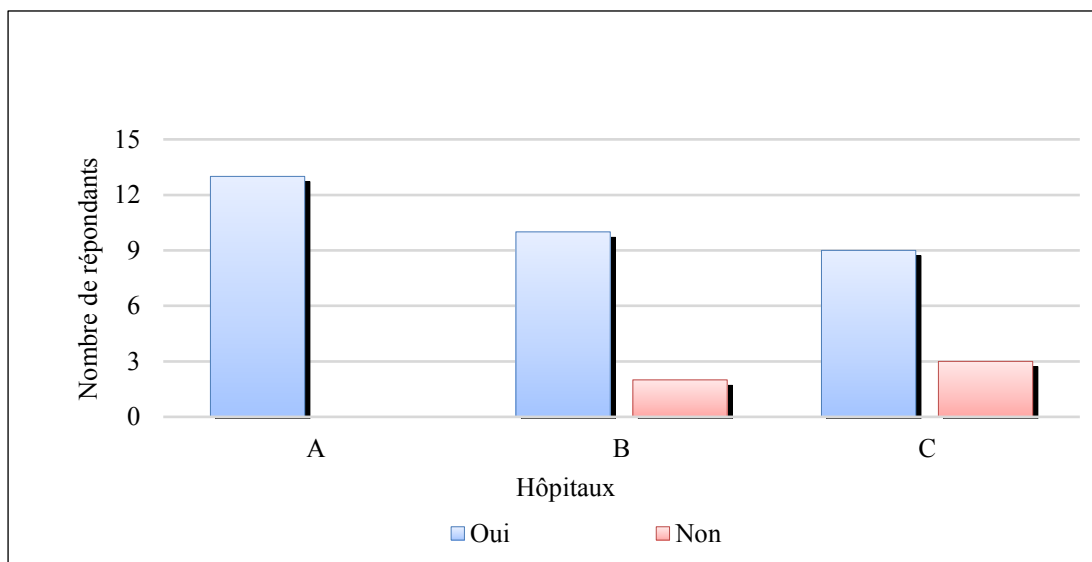


Figure n°3. Mise en place d'un espace relaxant

Dans le cas de l'**institution A**, toutes les personnes sont favorables à la mise en place d'un espace relaxant.

10 infirmiers dans l'**institution B**, sont également pour la mise en place d'un espace relaxant mais 2 ne le sont pas.

L'**institution C** à $\frac{3}{4}$ des votes, c'est-à-dire 9 qui trouvent que la mise en place d'un espace relaxant serait bénéfique pour eux, contre 3 des répondants.

Dans l'ensemble, cette figure permet de mettre en évidence qu'un espace relaxant serait, pour les infirmiers interrogés, bénéfique pour leur santé psychosociale.

Dans le cas des **réponses négatives** à la mise en place d'un espace relaxant, les deux répondants pour l'institution B n'ont pas apporté d'argument. Cependant pour l'institution C, les trois personnes mentionnent un **manque de temps**, « *pour la simple et bonne raison que nous n'avons pas le temps pour l'utiliser. Nous ne réussissons déjà pas à prendre nos 30' de table* »

(répondant n°30), « *pas le temps pour en profiter* » (répondant n°33) ou encore « *car nous n'aurons pas ou peu la possibilité de l'utiliser* » (répondant n°37). En effet, le facteur temps revient fréquemment.

Il est également intéressant de savoir pourquoi ce genre d'espace leur serait favorable. C'est pour cela que nous leur avons également demandé la raison pour laquelle la mise en place de cet espace leur serait bénéfique, et nous les avons classés en trois groupes selon leurs allégations.

Cette figure illustre pour l'ensemble des hôpitaux, la raison pour laquelle les infirmiers souhaitent utiliser cet espace relaxant.

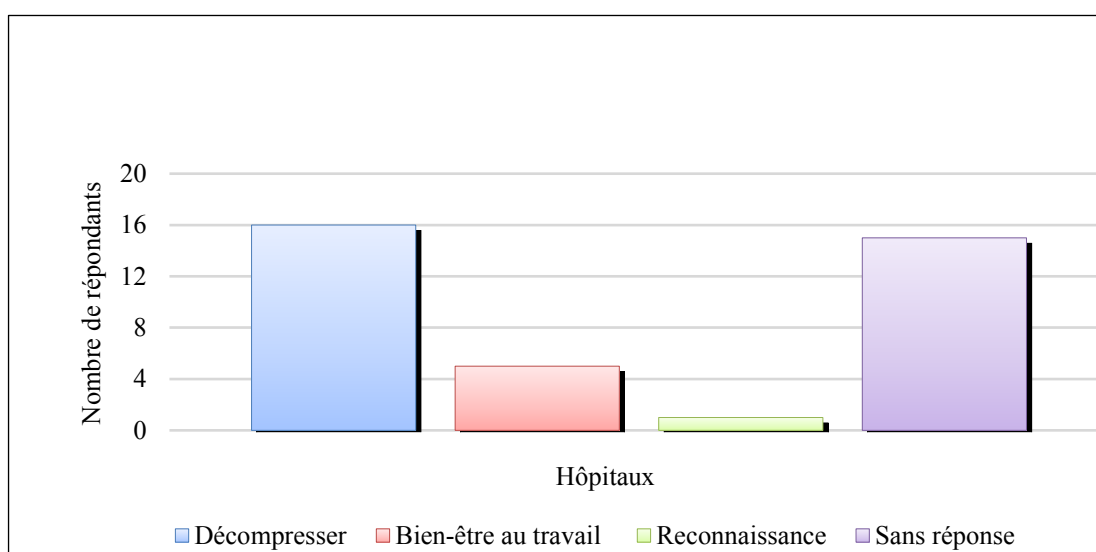


Figure n°4. Utilité de l'espace relaxant

Parmi les personnes **favorables à la mise en place d'un espace relaxant**, nous avons observé un nombre important d'infirmiers évoquant le « *lâcher prise* » ou encore la « *la décompression* ». Certaines personnes souhaitent relâcher les tensions avant de rentrer à leur domicile, « *pour pouvoir décompresser au boulot et pas en face de notre famille* » (répondant n°12).

Un nombre moins important de répondant prône le bien-être afin d'être performant dans leur travail : « *c'est important de se sentir bien pour être bien performant pour faire du bon travail* » (répondant n°24), « *serait bénéfique au bien-être du personnel. Bien-être du personnel = augmentation de la qualité des soins et du bien-être des patients ce qui est le plus important* » (répondant n°32).

Un infirmier aborde l'idée de reconnaissance, l'espace relaxant serait pour lui « *signe d'intérêt et de respect du personnel* » (répondant n°20).

Mais ce qu'il est également intéressant de connaître, c'est si cet espace de relaxation sera utilisé.

Notre questionnaire nous a permis de donner une idée de réponse à cette question. En effet, certains participants à l'enquête ont mal interprété la question n°9, qui cherchait à savoir si : « Dans le cas où votre institution dispose d'un espace relaxant ou d'autre(s) alternative(s) permettant de préserver la santé psychosociale au travail. Est-ce que vous l'utilisez ? ».

Toutes institutions confondues, parmi les participants à l'enquête ayant répondu « oui » à la mise en place d'un espace relaxant, nous avons remarqué que les réponses à la question n°9 étaient négatives pour 10 infirmiers (sur 31). La raison principale étant liée au temps, « *pas le temps* » (répondants n°7 et n°37), « *pas le temps pendant les heures de travail* » (répondant n°10), « *faute de temps* » (répondant n°21) ou encore « *manque de temps* » (répondant n°27). Pour les personnes ayant répondu « oui » à la question n°9, la notion de temps était toujours présente, « *si je sais et que j'ai le temps* » (répondant n°1), « *si le temps le permet, car ces derniers temps c'est très difficile de prendre sa pause de 30 min vu la charge de travail* » (répondant n°11), « *si on me donne la possibilité* » (répondant n°17) ou encore « *si les horaires le permettent* » (répondant n°18).

Etant donné qu'initialement, la question était destinée à des institutions ayant mis en place un espace relaxant, les réponses données ne permettent pas de tirer une conclusion pertinente. Cependant, suite à ces déclarations, on peut supposer que, pour les intervenants, le facteur temps nuirait à l'utilisation des espaces relaxants.

12. Discussion

Au cours de ce mémoire, notre méthodologie a dû être adaptée, en cause, le nombre insuffisant de réponses de la part des infirmiers pratiquant dans les hôpitaux disposant d'un espace relaxant. Nous n'avons donc pas pu apporter de réponse à notre question de recherche initiale. Cependant, nous avons pu extraire des données intéressantes.

Nous avons pu objectiver, grâce à notre questionnaire COPSQ, les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail lié au service de gériatrie aiguë mais également ceux correspondant à la santé mentale ainsi que le bien-être. Nous avons pu mettre en exergue les dimensions à risque et défavorables pour les infirmiers exerçant auprès de personnes âgées. Ceux-ci sont soumis à de fortes exigences au niveau de la quantité de travail, à une faible intégrité ainsi que peu de respect que ce soit dans la résolution de conflits ou dans le partage des tâches, à un rythme de travail élevé et plus intense selon l'institution ou encore peu d'influence sur les tâches quotidiennes.

Dans le même ordre d'idées, pour les dimensions ayant trait à la santé mentale ainsi qu'au bien-être, nous pouvons relater que ces personnes font face à des exigences émotionnelles et à du stress. Mais également, des conflits entre la vie professionnelle et personnelle, ainsi que de l'épuisement professionnel, qui eux semblent différents selon l'hôpital dans lequel l'infirmier exerce. Ceux-ci font partie des conséquences de ces risques.

Nous avons également pu nous rendre compte que les infirmiers interrogés sont, pour la majorité **favorable à la mise en place d'un espace relaxant** pour préserver leur santé psychosociale. La forme plébiscitée par les répondants consiste en un **local de repos**, afin qu'ils puissent s'arrêter un instant loin des familles ainsi que des patients et prendre le temps de penser et de relâcher les tensions. Malheureusement, le manque de temps a été soulevé un grand nombre de fois, empêchant alors l'exploitation de cet espace.

Grâce aux réponses émises par la direction des hôpitaux utilisant des espaces relaxants, nous avons pu constater que l'utilisation de ces espaces était faible pour les infirmiers des services de gériatrie.

Il semble important de s'assurer que le service de gériatrie aiguë compte au moins 9 équivalents temps plein infirmiers, dont 4 spécialisés, pour 24 lits (AR du 29 janvier 2007, Chapitre VII, Article 36). Les conditions de travail ainsi que le ratio soignant-soigné peuvent être améliorés sans que cela ait un impact budgétaire important (Estryn-Béhar, 2008).

Perspectives d'avenir

Dans le cadre d'une future étude sur les risques psychosociaux, concernant le questionnaire COPSQ, il serait intéressant de retravailler l'échelle des scores afin de pouvoir traiter toutes les dimensions au même niveau. Cela permettrait d'obtenir des scores par domaine pour ensuite les comparer avec d'autres institutions. Deux questionnaires complémentaires, un sur le burn-out et un sur le stress pourraient également être joints à ce dernier. Les ressources humaines peuvent également être sollicitées afin de récolter diverses informations concernant les membres du service de gériatrie, tels que : le nombre d'équivalent temps plein, le pourcentage d'absentéisme, de turn-over, la fréquence des accidents de travail, etc (INRS, 2014).

Par ailleurs, le sujet de l'étude pourrait également s'étendre aux maisons de repos et de soins et prendre également en considération les aides-soignants.

Ce travail m'a appris à surpasser les difficultés et à ne pas abandonner, à me rendre compte de l'importance de prendre en considération les risques psychosociaux au travail afin de pouvoir en dégager des pistes pertinentes et permettre de diminuer les conséquences sur la santé de l'individu. Mais également d'en apprendre davantage sur la loi concernant la prévention de ces risques ainsi que les démarches à entreprendre pour l'employé.

Points forts et limites

Les points forts sont l'intérêt de certains hôpitaux à prendre en considération le bien-être de leur personnel mais également la manière dont les infirmiers ont répondu aux questions avec assiduités.

Les faiblesses de ce mémoire sont d'une part le maigre nombre de participant à l'enquête. D'autre part le fait de ne pas avoir pu récolter les réponses des infirmiers exerçant au sein d'un hôpital disposant d'un espace relaxant.

Les limites de ce travail sont dans un premier temps la distance générée par les hôpitaux français, m'empêchant de me rendre sur place pour effectuer la distribution des questionnaires version papier. La non-participation de certains établissement hospitalier, fût préjudiciable.

13. Conclusion

L'élaboration de ce mémoire permet de faire ressortir les difficultés rencontrées par le personnel infirmier exerçant auprès de personnes gériatriques en milieu hospitalier, mais également les obstacles à l'utilisation d'espace relaxant.

Nous concluons, à travers ces recherches, qu'il semble évident, que la création d'un espace relaxant doit s'inscrire dans une volonté et une philosophie de bien-être au sein des hôpitaux. C'est-à-dire qu'il ne faut pas uniquement mettre en place des espaces relaxants au sein des institutions mais il est important d'y autoriser l'accès à son personnel pendant les heures de travail.

Cependant notre mémoire permet de mettre en avant que le personnel infirmier souhaite, avant tout, profiter d'un local de repos, sans aménagement particulier, et ce lors des pauses autorisées.

14. Bibliographie

- AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL. (2003). *Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnelle*. Disponible à l'adresse : <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/reports/309>, consulté le 29 novembre 2017.
- AGENCE EUROPEENNE POUR LA SECURITE ET LA SANTE AU TRAVAIL. (2013). *Les risques psychosociaux - mieux prévenir pour mieux travailler : Faits et chiffres sur le stress et les risques psychosociaux*. Disponible à l'adresse : <https://hw2014.osha.europa.eu/fr/stress-and-psychosocial-risks/facts-and-figures>, consulté le 22 octobre 2017.
- AMAMOU B., BANNOUR A-S., BEN HADJ YASHIA M., BEN NASR S., BEN HADJ ALI B. (2014). High prevalence of burnout in the Tunisian units that support terminally ill patients. *Pan African Medical Journal*. 19, 1-12.
- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. (s.d.). *Benefits*. Disponible à l'adresse : <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/WhyBecomeMagnet>, consulté le 25 janvier 2018.
- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. (s.d.). *Find a magnet hospital*. Disponible à l'adresse : <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility>, consulté le 25 janvier 2018.
- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. (2018). *Announcing a New Model for ANCC's Magnet Recognition Program*©. Disponible à l'adresse : <http://www.nursecredentialing.org/MagnetModel.aspx>, consulté le 25 janvier 2018.
- AMYOT J-J. (2016). Professionnels, métiers et formations. In AMYOT J-J. *Travailler auprès des personnes âgées*, (4ème éd.). Paris : Dunod. pp. 384-426.

Arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie. *Moniteur Belge*, 08 juin 2007, p.31279. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2007/04/19/2007022764/moniteur>, consulté le 07 octobre 2017.

Arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie. *Moniteur Belge*, 8 juin 2007, p.31283. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2007/04/19/2007022765/moniteur>, consulté le 07 octobre 2017.

Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. *Moniteur Belge*, 14 novembre 1967, p.11881. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1967/11/10/1967111040/justel>, consulté le 09 octobre 2017.

Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. *Moniteur Belge*, 7 mars 2007, p.11197. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8617-7754-18>, consulté le 05 octobre 2017.

Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail. *Moniteur Belge*, 28 avril 2014, p.35022. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2014/04/10/2014202445/moniteur>, consulté le 12 octobre 2017.

ASKENAZY P., BAUDELLOT C., BROCHARD P., BRUN JP., CASES C., DAVEZIES P., *et al.* (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque a travail pour les maîtriser*. Disponible à l'adresse: <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/rapport-final,fr,8,59.cfm>, consulté le 04 novembre 2017.

- AZIZPOUR Y., DELPISHEH A., MONTAZERI Z., SAYEHMIRI K. (2017). Prevalence of low back pain in Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 16, 1-10.
- BLISS-HOLTZ, J., WINTER, N., & SCHERER, E. M. (2004). An invitation to Magnet accreditation. *Nursing Management*, 35(9), 36–41.
- BRENNAN M-K., DEBATE R-D. (2006). The effect of chair massage on stress perception of hospital bedside nurses. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 10 (4), 335-342.
- BRILLET F., SAUVIAT I., SOUFFLET E. (2017). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Malakoff : Dunod. 228 p.
- BRUNELLE Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon de travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisations des Soins*, 40(1), 39-48.
- CARPENTIER S. (2017). *Management en milieu de santé : Le monde des acteurs de santé connaît-il le brown-out ?* Disponible à l'adresse : <https://managersante.com/2017/10/16/le-monde-des-acteurs-de-la-sante-connaît-il-le-brown-out/>, consulté le 21 octobre 2017.
- CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE. (2015). *Une attention particulière pour les personnes très âgées à l'hôpital svp !* Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/une-attention-particuli%C3%A8re-pour-les-personnes-tr%C3%A8s-%C3%A2g%C3%A9es-%C3%A0-l%E2%80%99h%C3%B4pital-svp>, consulté le 07 octobre 2017.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. (2011). *A l'HMR ça swing*. Disponible à l'adresse : <http://www.maisonneuve-rosemont.org/pages/H/com/swing.aspx>, consulté le 20 juillet 2018.
- CHERKAOUI W., MONTARGOT N., YANAT Z. (2012). Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question(s) de management*, (0), 41-55.

- CHOUANIERE D. (2006). Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. *Documents pour le médecin du travail*, (129), 169-186.
- COCCO E., GATTI M., AUGUSTO DE MENDONÇA LIMA A., CAMUS V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18 (1), 78-85.
- DAÏEFF S., BABADJAN P. (2008). Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. *Gérontologie et société*, 31(126), 105-111.
- DE SAINT-LEGER AS., MOIZIARD AS., MEAUME S. (2009). Les plaies de la personne âgée ou très âgée. *Soins*, 54(734), 21-26.
- DE VLEESCHHOUWER B. (2004). Le mal-être quotidien du soignant. *Ethique et santé*. 1(2), 77-82.
- DEMARET JP., GAVRAY F., WILLEMS F. (2011). *Prévention des troubles musculosquelettiques pour le personnel soignant dans les hôpitaux*. Disponible à l'adresse: <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=33074>, consulté le 21 octobre 2017.
- DESCHODT M., CLAES V., VAN GROOTVEN., MILISEN K., BOLAND B., FLAMING J., *et al.* (2015). Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique- Synthesis. Health Services Research. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE). KCE Reports 245 Bs.
- DONDELINGER R., HAMON-MEKKI F., MEAUME S. (2005). Les soins d'escarres en gériatrie. In BELMIN J., AMALBERTI F., BEGUIN A-M. *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées*, (2ème éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson. pp. 141-164.
- DUPRET E., BOCEREAN C., TEHERANI M., FELTRIN M. (2012). Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24, 189-207.
- DUQUETTE A., KEROUAC S., SAND B., SAULNIER P., LACHANCE L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257-278.

- DURAT L., BARTOLI A. (2014). La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale organisationnelle. *Gestion et Management Public*, 3 (1), 17-43.
- ELLAPEN TJ., NARSIGAN S. (2014). Work Related Musculoskeletal Disorders among Nurses: Systematic Review. *Journal of Ergonomics*, 4, 1-6.
- ESTRY-BEHAR M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Disponible à l'adresse : http://www.fo-sante.com/iso_album/sante.satis.pdf, consulté le 30 janvier 2018.
- ESTRYN-BEHAR M., CHAUMON E., GARCIA F., MILANINI G., FRY C., BITOT T., *et al.* (2013). La souffrance au travail en gériatrie : Comprendre et agir. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie*, 20 (191/192), 6-27.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (s.d.). *Guide électronique sur la gestion du stress et des risques psychosociaux*. Disponible à l'adresse : <https://eguides.osha.europa.eu/stress/BE-FR/>, consulté le 30 octobre 2017.
- FERNANDES C, PEREIRA A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saude Publica*, 50(24), 1-14.
- FOUCHIER P. (2014). La résonance énergétique par stimulation cutanée. *Soins*, 59(791), 14-16.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (1996). Citius, altius, fortius [L'intensification du travail]. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114(1), 54-67.
- GRIFFITH JM., HASLEY J-P., LIU H., SEVERN D-G., CONNER L-H., ADLER L-E. (2008). Qigong Stress Reduction in Hospital Staff. *J Altern Complement Med*, 14(8), 939-945.
- HANSEN T-M., HANSEN B., RINGDAL GI. (2006). Does aromatherapy massage reduce job-related stress? Results from a randomised, controlled trial. *International Journal of Aromatherapy*. 16(2), 89-94.

- HATZFELD N. (2012). *Les risques psychosociaux : quelles correspondances anciennes aux débats récents ?* Disponible à l'adresse : <http://travailemploi.revues.org/5490>, consulté le 11 novembre 2017.
- HOSPITALIA. (2015). *L'hôpital Foch inaugure un jardin de détente pour son personnel.* Disponible à l'adresse : https://www.hospitalia.fr/L-hopital-Foch-inaugure-un-jardin-de-detente-pour-son-personnel_a642.html, consulté le 13 mars 2017.
- INSTITUT DE FORMATION DE L'ENVIRONNEMENT. (2017). *Esquirol, un hôpital où il fait bon travailler.* Disponible à l'adresse : <http://www.ifore.developpement-durable.gouv.fr/esquirol-un-hopital-ou-il-fait-bon-travailler-2013-a194.html>, consulté le 20 juillet 2017.
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE. (2014). *Comment détecter les risques psychosociaux en entreprise ?* Disponible à l'adresse : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206086>, consulté le 08 février 2018.
- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE. (2017). *Risques psychosociaux.* Disponible à l'adresse : www.inrs.fr/risques/psychosociaux.html, consulté le 30 octobre 2017.
- KRISTENSEN T. S., HANNERZ H., HOGH A., BORG, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*, 31, 438-49.
- KUREBAYASHI L-F., GNATTA J-R., BORGES T-P., BELISSE G., COCA S., MINAMI A., *et al.* (2012). The applicability of auriculotherapy with needles or seeds to reduce stress in nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*, 46(1), 86-92.
- LAI H-L., LI Y-M. (2011). The effect of music on biochemical markers and self-perceived stress among first-line nurses: a randomized controlled crossover trial. *J Adv Nurs*, 67 (11), 2414-2424.
- LANGEVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2011). Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. *Documents pour le Médecin du Travail*, (125), 23-35.

- LANGÉVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2011). Risques psychosociaux : outils d'évaluation Questionnaire d'évaluation de la santé au travail. *Documents pour le Médecin du Travail*, (126), 311-316.
- LANGÉVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2013). Risques psychosociaux : outils d'évaluation Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ. *Références en santé au travail*, (136), 181-185.
- LANGÉVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2013). Risques psychosociaux : outils d'évaluation Questionnaire d'évaluation des représentations des déterminants organisationnels et psychosociaux. *Références en santé au travail*, (133), 131-133.
- LANGÉVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2013). Risques psychosociaux : outils d'évaluation Questionnaire Vécu du travail. *Références en santé au travail*, (135), 139-143.
- LAZARUS R.S., FOLKMAN S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New york : Springer. 456 p.
- LE PARISIEN. (2011). *Une salle de repos high-tech à l'hôpital*. Disponible à l'adresse : <http://www.leparisien.fr/boulogne-billancourt-92100/une-salle-de-repos-high-tech-a-l-hopital-10-05-2011-1442498.php>, consulté le 20 juillet 2017.
- LE ROBERT POCHE. (2016). In: *Le Robert Poche*, 3ème éd. Paris: Le Robert, p.1074.
- LE VIF. (2016). *Qu'est-ce que le brown-out, cette nouvelle pathologie qui guette le travailleur?* Disponible à l'adresse : <http://www.levif.be/actualite/sante/qu-est-ce-que-le-brown-out-cette-nouvelle-pathologie-qui-guette-le-travailleur/article-normal-563615.html>, consulté le 21 octobre 2017.
- LEDUC S., VALLERY G. (2012). *Les risques psychosociaux : « Que sais-je ? »*. Paris : Presses Universitaires de France. 128 p.
- LEMOINE D., CHANESE L., BESSAIH M., CANTO K., BEZELGUES J-J., RIBIERE C., *et al.* (2014). Une cellule d'écoute et un espace ressource pour les soignants. *Soins*, (790), 39-41.

LITIM M., KOSTULSKI K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 45-54.

Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. *Moniteur Belge*, 18 septembre 1996, p.24309. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1996/08/04/1996012650/justel>, consulté le 12 octobre 2017.

Loi du 10 janvier 2007 modifiant plusieurs dispositions relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail dont celles relatives à la protection contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. *Moniteur Belge*, 6 juin 2007, p.30641. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2007/01/10/2007200952/justel>, consulté le 02 octobre 2017.

Loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. *Moniteur Belge*, 28 avril 2014, p.35006. Disponible à l'adresse : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2014/02/28/2014202136/moniteur>, consulté le 02 octobre 2017.

MANOUKIAN A. (2016). *La souffrance au travail : Les soignants face au burn-out*. 2ème éd. Rueil Malmaison : Lamarre. 160 p.

MASLACH C. (1993). Burn-out : A Multidimensional Perspective. In SCHAUFELI W., MASLACH C., MAREK T. *Professional burnout : Recent Developments in Theory and Research*. Washington DC : Taylor & Francis. pp. 20-21.

McELLIGOTT D-A., HOLZ M-B., CAROLLO L., SOMERVILLE S., BAGGETT M., KUZNIEWSKI S., *et al.* (2003). A pilot feasibility study of the effects of touch therapy on nurses. *J N Y State Nurses Assoc*. 34 (1). 1-40.

MICHEL M., THIBON L., WALICKI M. (2016). *Les risques psychosociaux à l'hôpital*. Rueil Malmaison : Lamarre. 320 p.

- MINISTERE DU TRAVAIL. (2010). *Risques psychosociaux*. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>, consulté le 02 octobre 2017.
- NEOUZE A., DESCHARTRES A., LEGRAIN S., RAYNAUD-SIMON A., GAUBERT-DAHAN M-L., BONNET-ZAMPONI D. (2012). Mode d'hospitalisation des patients âgées dans une unité de gériatrie aiguë. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 10(2), 143-150.
- ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES. (2018). *Espérance de vie à la naissance*. Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-la-naissance.htm>, consulté le 15 juillet 2018.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>, consulté le 12 octobre 2017.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2004). Organisation du travail & stress : Approches systématiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux. *Série protection de la santé des travailleurs*, (3), 1-27.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2005). *La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail, Conférence de Montréal*. Disponible à l'adresse : www.who.int/nmh/about/nmh_ADGspeechMt_fr.pdf, consulté le 12 octobre 2017.
- PALUMBO M-V., WU G., SHANER-McRAE H., RAMBUR B., McINTOSH. (2012). Tai Chi for Older Nurses: A Workplace Wellness Pilot Study. *Appl Nurs Res.* 25(1), 1-9.
- PEJTERSEN JH., KRISTENSEN., BORG V., BJORNER JB. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health*, 38(3), 8-24.

- POURNIK O., GHALICHI L., TEHRANIYAZDI A., TABATABAEE SM., GHAFFARI M., VINGARD E. (2015). Measuring psychosocial exposures: validation of the Persian of the copenhagen psychosocial questionnaire (COPSOQ). *Med J Islam Repub Iran*, 29 (221), 1-5.
- PUISIEUX. (2012). Particularités du malade âgé. In PUISIEUX F. *Gériatrie*. Paris : Lavoisier. pp. 11-18.
- RANDON S., BARET C., PRIOUL C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : Du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*, 9 (49), 133-149.
- ROGEZ E. (2016). Fiche 26 : Les métiers de la gérontologie. In AQUINO J-P., CUDENNEC T., BARTHELEMY L. *Guide pratique du vieillissement : 75 Fiches pour la Préservation de L'autonomie par les Professionnels de Santé*. Paris : Elsevier Masson. pp. 133-161.
- RUOTSALAINEN, J. H., VERBEEK, J. H., MARINÉ, A. & SERRA, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, (4), 1-152.
- SANCHEZ S., MAHMOUDI R., MORONNE I., CAMONIN D., NOVELLA J-L. (2014). Burnout in the field of geriatric medicine : Review of literature. *European Geriatric Medicine*, 6, 175-183.
- SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE, P.M.E, CLASSES MOYENNES ET ENERGIE. (2014). *Population - Population au 1er janvier et par âge 2014-2061*. Disponible à l'adresse : http://economie.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_au_1er_janvier_2014-2061.jsp, consulté le 05 octobre 2017.
- SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE. (s.d.). *Comités pour la prévention et la protection au travail*. Disponible à l'adresse : http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=808, consulté le 12 octobre 2017.

SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE.
(s.d.). *Risques psychosociaux : Définitions, champ d'application*. Disponible à l'adresse : <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=45949#risques>, consulté le 19 octobre 2017.

SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE.
(2009). *L'analyse des risques*. Disponible à l'adresse : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=3732>, consulté le 23 novembre 2017.

SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE.
(2013). *Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail*. Disponible à l'adresse : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=39970>, consulté le 22 octobre 2017.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT. (2016). *Evolution du nombre total de journées, du nombre total d'admissions et de la durée moyenne de séjour*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/42-evolution-du-nombre-total-de-journees-du-nombre-total-dadmissions-et-de-la-duree-moyenne-de>, consulté le 29 octobre 2017.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT. (2016). *FAQ – Plan d'attractivité de la profession infirmière dans les hôpitaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/faq-plan-dattractivite-de-la-profession-infirmiere>, consulté le 07 octobre 2017.

STOCK S., NICOLAKAKIS N., MESSING K, TURCOT A., RAIG H. (2013). *Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail et les facteurs psychosociaux ? Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(2). Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/pistes/3407#authors>, consulté le 22 octobre 2017.

TAI TW., BAME SI. (2017). Organizational and Community Factors Associated With Magnet Status of U.S. Hospitals. *J Healthc Manag*, 62(1), 62-76.

- VAN DE VOORDE C., VAN DEN HEEDE K., BEGUIN C., BOUCKAERT N., CAMBERLIN C., DE BEKKER P., *et al.* (2017). Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 289 Bs.
- VAR-MATIN. (2011). *Ambiance zen et relaxante chaque jour à l'hôpital*. Disponible à l'adresse : <http://archives.varmatin.com/article/draguignan/ambiance-zen-et-relaxante-chaque-jour-a-lhopital-0.668408.html>, consulté le 13 mars 2017.
- VEZINA M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique*, 20, 121-128.

15. Annexes

