

Faculté de santé publique

La satisfaction professionnelle des infirmiers et infirmières influence-t-elle la qualité des soins pour les personnes en situation de polyhandicap ?

Mémoire réalisé par
Reale Lydia

Promoteur·rice(s)
Pr. Hesbeen Walter

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur Walter Hesbeen qui a accepté de m'encadrer durant ce mémoire. Je le remercie pour son implication et ses conseils avisés tout au long de ce travail, mais aussi pour la confiance qu'il m'a accordée.

Je remercie également les différents témoins que j'ai interrogés pour le temps qu'ils m'ont consacré et pour leur expertise qu'ils m'ont partagée.

Merci aux professeurs de l'UCLouvain de m'avoir transmis leur savoir et leur passion tout au long de ce master.

Je remercie également mes proches qui ont toujours été présents pour me soutenir et m'encourager, notamment durant la rédaction de ce mémoire.

Merci aussi à mes amis pour la belle entraide dont nous avons fait preuve tout au long de ces études, mais également pour les innombrables souvenirs partagés.

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 étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction	7
2. Cadre conceptuel	8
2.1. Le polyhandicap	8
2.1.1. Étymologie du mot "handicap" :	8
2.1.2. Définition du handicap selon l'OMS :	10
2.1.3. Polyhandicap	11
2.1.4. Les soins infirmiers chez la personne en situation de handicap :	12
2.2. La satisfaction professionnelle infirmière : identification des facteurs de satisfaction	12
2.3. Différence entre “qualité des soins”, “qualité du soin” et “prendre soin”	14
2.4. Donner du sens à son travail.....	17
3. Méthodes	19
3.1. Stratégie de recherche	19
3.2. Critères d’éligibilité	21
3.3. Extraction de données	21
3.4. Risque de biais des articles sélectionnés	21
4. Résultats	23
4.1. Sélections des études	23
4.2. Paramètres observés	25
4.4. Résultats des études	26
4.5. Discussion et interprétation des résultats	28
5. En pratique.....	29
5.1. Évaluation de la satisfaction au travail via un questionnaire	29
5.2. Résultats des entretiens réalisés	31
5.2.1. Données démographiques des participants	31
5.2.2. Satisfaction professionnelle.....	32
5.2.3. Qualité des soins et le concept de « prendre soin »	38
5.2.4. Notions de satisfaction professionnelle, « qualité des soins » et « prendre soin » entrecroisées	40
6. Discussion	42
6.1. Satisfaction professionnelle.....	42
6.2. « Qualité des soins », « prendre soin » et satisfaction professionnelle	46
6.3. Quelles solutions ?	50
6.3.1. Solutions économiques et sociales	50
Solutions économiques	50
Solutions sociales	50

6.3.2. Embaucher plus de personnel ?.....	51
6.3.3. Développer les connaissances du « prendre soin » et optimiser son application sur le terrain	53
6.3.4. Promouvoir la reconnaissance et la valorisation des soins infirmiers	53
6.4. Application dans le polyhandicap	54
6.5. Forces et limites de ce mémoire.....	55
6.6. Perspectives	56
7. Conclusion	57
8. Références bibliographiques.....	58

Liste des figures

Figure 1 : "la qualité des soins" selon Avedis Donabedian	16
Figure 2 : histogramme de la satisfaction professionnelle des participants	33

Liste des tableaux

Tableau 1 : sélection des études PubMed	23
Tableau 2 : sélection des études Google Scholar.....	24
Tableau 3 : paramètres observés au sein des études	25
Tableau 4 : résultats obtenus au sein des études	27
Tableau 5 : données démographiques des participants	31
Tableau 6 : score de satisfaction des participants pour chacun des items.....	33
Tableau 7 : comparaison théorique et pratique des facteurs de satisfaction professionnelle	44

Liste des abréviations

AP3 - Association de Parents et des Professionnels autour de la Personne polyhandicapée en Belgique
CIH – Classification internationale du handicap
EBM – Evidence-Based Medecine
ETP – équivalent temps plein
HAS – Haute autorité de santé
IPA – infirmière en pratique avancée
KCE – Centre fédéral d’expertise des soins de santé
MRS – Maison de repos et de soins
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
RCT – Essai contrôlé randomisé

1. Introduction

Dans le domaine de la santé, la satisfaction au travail du personnel soignant est un élément crucial. En effet, de plus en plus de recherches tendent à établir une corrélation entre la satisfaction professionnelle des soignants et la qualité des soins. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement aux infirmiers et infirmières travaillant dans le domaine du polyhandicap, à leur satisfaction professionnelle et aux répercussions que celle-ci peut avoir sur la qualité de leurs soins et/ou leur « prendre soin ».

En effet, il est bien connu que le personnel infirmier est souvent contraint de faire face à un environnement de travail complexe, synonyme de charge de travail élevée, d'horaires pénibles, d'un turnover régulier, d'un manque de reconnaissance et de valorisation entraînant une baisse de la satisfaction professionnelle (Estryn-Behar et al., 2007), elle-même liée à une diminution de la qualité des soins, impactant ainsi la santé, mais aussi le bien-être des patients. (HAS, Haute Autorité de Santé, 2016; White et al., 2019)

L'objectif de ce mémoire est d'entreprendre une récolte des facteurs influençant la satisfaction au travail des infirmiers et infirmières dans le domaine du polyhandicap, et d'essayer de mettre en lumière l'impact de cette satisfaction sur la qualité de leurs soins, mais également sur leur humanisme soignant. En effet, comme nous allons en discuter tout au long de ce travail, il serait dangereux de limiter sa vision de la qualité des soins à des données chiffrables et mesurables, sans prendre en compte la dimension humaine du soin.

Afin de comprendre le choix de ce sujet et pourquoi il m'anime, il me semblait pertinent de me présenter brièvement. Je m'appelle Lydia Reale et je suis diplômée d'un bachelier infirmier depuis juin 2020. Par la suite, j'ai poursuivi mes études avec un master en santé publique. En parallèle de ce master, j'ai eu l'opportunité de travailler plus d'un an et demi, en tant qu'infirmière, dans un centre résidentiel pour adultes présentant un polyhandicap. Travailler avec des patients nécessitant des soins chroniques et continus m'a amenée à me questionner sur la qualité des soins fournis. En effet, les soins à cette échelle ne soulignent plus seulement la qualité technique des gestes infirmiers mais relèvent également d'une attention toute

particulière à la qualité humaine des soins. Cependant, j'ai pu remarquer que les conditions de travail des soignants, dont font partie les infirmières et infirmiers, pouvaient parfois avoir un impact négatif sur la dimension humaine des soins. C'est ce qui m'a amenée à me poser la question suivante : « *La satisfaction professionnelle des infirmiers et infirmières influence-t-elle la qualité des soins pour les personnes en situation de polyhandicap ?* »

2. Cadre conceptuel

Avant d'aller plus loin dans notre réflexion, d'éplucher la littérature scientifique et d'aborder la partie pratique visant à évaluer la satisfaction professionnelle des infirmières travaillant dans le domaine du polyhandicap et de mettre en lien cette satisfaction avec leur perception de la qualité de leurs soins, il nous semblait important de définir notre cadre conceptuel et d'en déterminer les concepts clés pour notre analyse.

Ainsi, nous aborderons les concepts de polyhandicap, de satisfaction professionnelle, de la différence entre "qualité des soins/qualité du soin" et du "prendre soin", ainsi que l'importance de donner du sens à son travail.

2.1. Le polyhandicap

Le terme "polyhandicap" est un concept complexe qui peut se décomposer en deux éléments principaux : "poly", qui provient du grec ancien "polùs" qui signifie "nombreux" et "handicap". Bien que le terme "handicap" soit couramment utilisé dans le langage commun, il reste souvent difficile à définir. C'est pourquoi il nous semblait judicieux de passer tout d'abord en revue l'étymologie du mot "handicap", pour ensuite aborder et définir au mieux le concept de "polyhandicap".

2.1.1. Étymologie du mot "handicap" :

Le mot "handicap" trouve son origine dans l'expression anglaise "hand in the cap" (la main dans le chapeau), qui était une pratique de jeu au XVII^e siècle en Grande-Bretagne. Il s'agissait d'un jeu de troc dont le but était d'échanger des biens à l'aveugle. La valeur des biens était contrôlée par un arbitre qui s'assurait de l'égalité des chances entre les joueurs. Si l'arbitre, aussi appelé « handicapper », estimait que l'un des biens avait moins de valeur que l'autre, il demandait au propriétaire possédant le bien le moins cher de rajouter une somme d'argent dans un couvre-chef pour compenser la différence, d'où cette notion de « main dans le chapeau ».

Nous sommes donc ici face à un paradoxe puisque le terme “handicap” est né avant tout dans un souci d’égalité, alors qu’aujourd’hui le mot a totalement changé de sens, voire s’est même inversé puisqu’il peut parfois, chez certains, désigner le rejet ou la discrimination.

Le mot a ensuite évolué et c’est au XVIII^e siècle qu’il fait son apparition dans la langue française. A cette époque, le mot “handicap” est utilisé dans le monde hippique. En effet, lors de courses de chevaux très prisées à cette époque, il arrivait bien souvent qu’un leader arrive en première place à chaque course et ce, grâce à un cheval plus entraîné et présentant de meilleures conditions physiques que les autres. Pour éviter que la victoire ne soit trop souvent attribuée au même cheval, les organisateurs de ces courses hippiques ont décidé d’imposer un handicap au meilleur. C’est ainsi que le champion se voyait attribuer un matériel plus lourd afin de rétablir l’équité entre les participants. (Hamonet, 2012)

A cette époque, le terme “handicap” signifiait donc de faire redescendre les meilleurs vers une norme afin de rétablir l’équité entre les individus. Nous sommes, encore une fois, bien loin de la signification actuelle du mot “handicap”.

Toujours en France, mais au XIX^e siècle cette fois, le terme “handicap” est alors associé à une personne présentant une limitation de ses capacités physiques et/ou mentales. A cette époque, le terme handicap est souvent synonyme de honte puisqu’on considérait les personnes porteuses de handicap comme inférieures aux autres. En effet, c’est à cette époque que l’on voit émerger la médecine scientifique qui est une médecine de la « normalité ». On y étudie la physiologie c’est-à-dire le fonctionnement « normal » du corps humain. Toute personne présentant une « anormalité physiologique », c’est-à-dire une caractéristique hors de la norme (ex : cécité, surdité, restrictions motrices) était dès lors considérée comme « handicapée ». Au 20^e siècle, après avoir été associé aux termes “aliéné”, “infirmes”, “débiles” ou “crétins”, le terme “handicap” est finalement redéfini d’un point de vue médical et nous pouvons observer une évolution de langage qui aborde, à l’heure actuelle, une vision plus éthique du terme “handicap” puisque nous ne parlons désormais plus de “handicapé” ou de “personne handicapée” mais bien de “personne en situation de handicap”.

En effet, le terme “handicapé” est stigmatisant puisqu’il réduit une personne à son handicap, c’est-à-dire à une de ses particularités, sans tenir compte de l’ensemble des caractéristiques qui la définissent. Or, il est important de reconnaître qu’une personne en situation de handicap n’est pas seulement définie par son handicap. Elle peut également être définie par son genre, son âge ou sa nationalité, par ses passions et ses connaissances, par exemple comme un musicien, un scientifique, ou encore par ses liens de parenté : c’est un frère, une épouse, un fils...

Le terme “personne handicapée” a au moins le mérite d’extraire le handicap de la personne. De fait, comme nous venons de le mentionner, l’être n’est pas un handicap. Mais à l’heure actuelle, nous préférons utiliser le terme “personne en situation de handicap” car on reconnaît que le handicap survient dans des situations. Par exemple : “je suis en fauteuil roulant, je dois monter un trottoir, la situation est handicapante”, ou encore : “je suis une personne de petite taille, j’essaie d’attraper le pot situé sur l’étagère la plus haute, c’est une situation handicapante”. Dès lors, la définition de “personne en situation de handicap” ne désigne plus aujourd’hui uniquement les personnes en situation de handicap permanent. En effet, cette notion est élargie à tout individu éprouvant des difficultés à accomplir une tâche dans un contexte donné.

Cependant, nous pouvons encore critiquer cette appellation car si l’on fait l’effort de se souvenir que le terme « handicap » est né dans un souci d’égalité et d’équité, alors la personne en fauteuil roulant, qui doit monter sur un trottoir qui n’a pas été aplati, est simplement en rupture d’égalité par rapport à quelqu’un qui « est en capacité » de le gravir. Il faudrait donc perdre cette habitude de langage qui consiste à systématiquement définir une personne en fauteuil roulant comme étant « une personne en situation de handicap » car, pour que cette personne soit réellement en situation de handicap, il faut qu’elle soit confrontée à des obstacles qui induisent une rupture d’égalité. Ainsi, plutôt que de chercher à souligner les « situations handicapantes » qui nous entourent et ainsi de stigmatiser les personnes en difficultés face à ces situations, travaillons plutôt à faire disparaître ces dernières dans l’optique de rétablir l’égalité entre les individus.

2.1.2. Définition du handicap selon l'OMS :

Selon la définition de 1980 de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Classification internationale du handicap – CIH), « est handicapée toute personne dont l’intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l’effet de l’âge ou d’un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l’école ou à occuper un emploi s’en trouvent compromises ».

Cette définition est largement périmée puisqu’elle se rapproche davantage des concepts établis au XIXe siècle. De plus, on constate que cette définition est même marginalisante car rattacher le handicap à l’incapacité de fréquenter l’école ou le travail reviendrait à stigmatiser tout individu qui, pour une raison ou une autre, ne fréquenterait pas ces établissements.

Heureusement, en 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. (Camberlein, 2015)

On se rapproche donc des notions de langage plus humanistes que nous employons à l'heure actuelle où c'est bien la situation à la source d'une rupture d'égalité qui définit le handicap, et non la personne qui se retrouve confrontée à ces épreuves.

2.1.3. Polyhandicap

Par définition, le terme "polyhandicap" se réfère à une situation où une personne présente simultanément plusieurs handicaps sévères. Autrement dit, une personne en situation de polyhandicap est un individu qui fait face à plusieurs limitations significatives dans sa vie quotidienne.

Ces handicaps peuvent être de nature physique et/ou mentale, bien que certaines définitions insistent sur le fait que le polyhandicap est une atteinte motrice obligatoirement associée à une déficience intellectuelle. (AP³ association référente en Belgique francophone en matière de polyhandicap, 2024; Dico en ligne Le Robert, 2024)

De manière générale, les définitions s'accordent pour dire que les personnes en situation de polyhandicap présentent des limitations significatives dans leur mobilité, leur communication, leur cognition et leurs capacités sensorielles et que c'est justement la combinaison de ces facteurs qui justifie l'utilisation du préfixe "poly-".

Les individus en situation de polyhandicap présentent une restriction extrême de leur autonomie et nécessitent donc une assistance constante pour accomplir les activités quotidiennes, ainsi que des soins médicaux spécialisés.

La prise en soin des personnes en situation de polyhandicap implique une approche multidisciplinaire, faisant souvent intervenir des professionnels de la santé, de l'éducation spécialisée, de la réadaptation et de la rééducation, du soutien psychologique, et d'autres domaines apparentés. Les interventions mises en place visent à améliorer la qualité de vie de la personne et à favoriser, dans la mesure du possible, son inclusion sociale.

Le terme "polyhandicap" peut parfois avoir une connotation négative ou dégradante. Bien qu'il soit plutôt utilisé comme un terme médical et professionnel pour fournir une description précise des besoins et défis auxquels une personne peut être confrontée en raison de ses handicaps multiples, il est essentiel de reconnaître, comme nous avons pu l'évoquer, que l'utilisation des mots peut évoluer avec le temps, et il est important de toujours adopter une terminologie respectueuse et centrée sur la personne. Ainsi, certains préfèrent utiliser des termes tels que "handicap sévère et complexe" pour éviter toute connotation négative associée au préfixe "poly-".

2.1.4. Les soins infirmiers chez la personne en situation de handicap :

Afin de comprendre pourquoi les soins infirmiers jouent un rôle fondamental auprès des patients en situation de handicap, il est important de rappeler, avant tout, la définition des soins infirmiers : *“La nature profonde des soins infirmiers [...] est de venir en aide aux personnes qui manquent de force, de connaissances, de capacités, de volonté, pour réaliser ce qu’elles feraient habituellement par elles-mêmes, si leur état le leur permettait. [...] Manquer de force pour faire tout cela par soi-même, c’est être trop faible ou trop limité, c’est ne pas être assez solide ou ferme, c’est manquer de fermeté et, à ce titre, être ou se retrouver in-firme. C’est pour cette raison que des soins aux in-firmes, c’est-à-dire les soins infirmiers, sont requis, pour compenser ce qui ne peut être réalisé par soi-même, alors qu’habituellement nous le ferions, ou que normalement nous l’aurions fait si nous en avions la possibilité.”* (Hesbeen, 2017a)

Par cette définition, et par la définition que nous avons pu donner au “handicap” et plus particulièrement aux “personnes en situation de handicap”, nous comprenons aisément toute l’importance et le sens même des soins infirmiers dans ce domaine bien précis.

2.2. La satisfaction professionnelle infirmière : identification des facteurs de satisfaction

Lorsque nous parlons de travail et de satisfaction, une vieille citation de Confucius est souvent mise en avant : *"Choisissez un travail que vous aimez, et vous n'aurez jamais à travailler un seul jour dans votre vie"*.

Bien que cela soit souvent vrai, le fait d'aimer notre travail ne garantit pas toujours que nous serons heureux au travail.

Depuis plusieurs années, la satisfaction au travail dans le milieu infirmier est un sujet qui a fait l'objet de plusieurs études. Ainsi, un vaste ensemble de facteurs de satisfaction au travail chez les infirmiers a pu être identifié.

Une revue systématique de Lu et al. «*Job satisfaction among hospital nurses revisited*» (Lu et al., 2012) a identifié plusieurs composantes de la satisfaction au travail, à savoir les conditions de travail, la relation avec les patients, les collègues et la direction, le travail lui-même, la charge de travail, la rémunération, la croissance personnelle et la promotion, les opportunités d'avancement/de réussite personnelle, les récompenses psychologiques, le contrôle et la responsabilité/autonomie, la sécurité de l'emploi et le style de leadership. En 2014, une étude avait aussi défini la satisfaction au travail à travers six composantes : le salaire, l'indépendance, les exigences de l'emploi, la culture organisationnelle, le statut professionnel et les interactions (Ahmad & al., 2017; Cheung & Ching S.Y., 2014).

Parmi eux, les facteurs les plus fortement corrélés à la (in-)satisfaction au travail étaient : la cohésion au sein d'une équipe infirmière, le stress lié aux conditions de travail, la dépression/burnout et l'engagement organisationnel (Lu et al., 2005). En outre, le soutien de la direction et des collègues, ainsi que la communication et l'entraide avec le personnel médical étaient également des facteurs modérément corrélés à la satisfaction au travail dans le milieu infirmier. Enfin, les facteurs personnels tels que l'âge, le professionnalisme, les années d'expérience et l'implication professionnelle étaient faiblement associés à la satisfaction professionnelle des infirmières. Ces données ont également été révélées par une méta-analyse de 31 études (reprenant 14 567 infirmiers) démontrant que la satisfaction au travail était le plus systématiquement mise en corrélation avec le stress au travail, suivi par la collaboration infirmière-médecin et l'autonomie (Zangaro & Soeken, 2007). Comme nous venons de le voir, il est important de noter que la satisfaction au travail est généralement multifactorielle et donc déterminée par la combinaison de plusieurs facteurs. (Hayes et al., 2010; Lu et al., 2012; Utriainen & Kyngäs, 2009)

2.3. Différence entre “qualité des soins”, “qualité du soin” et “prendre soin”

La société dans laquelle nous vivons est de plus en plus régie par le “productivisme”, c’est-à-dire qu’on accorde une importance primordiale à la productivité, à l’efficacité et aux résultats tangibles, et ce, parfois au détriment d’autres valeurs telles que la qualité de vie, la créativité ou le bien-être individuel.

C’est d’ailleurs dans cette optique que nous devons rester prudents face à la conception parfois réductrice, car dans une certaine mesure quantifiable, de “la qualité des soins”. En effet, bien que la définition donnée par l’OMS soit honorable, puisqu’elle définit la qualité des soins comme étant *“la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l’état de santé souhaité [...], les soins de santé de qualité devant ainsi être:*

- ***efficaces**, c’est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être fournis à ceux qui en ont besoin ;*
- ***sûrs**, c’est-à-dire ne pas entraîner de préjudice pour ceux à qui ils sont destinés ;*
- ***centrés sur la personne**, c’est-à-dire que les soins devraient être adaptés aux préférences, aux besoins et valeurs individuels et être intégrés à des services de santé structurés autour des besoins de la population ;*
- ***fournis en temps utile**, en réduisant les délais d’attente et les retards qui peuvent porter préjudice à ceux qui reçoivent et prodiguent des soins ;*
- ***équitable**s, en assurant la même qualité de soins indépendamment de l’âge, du sexe, du genre, de la race, de l’origine ethnique, de la situation géographique, de la religion, du statut socioéconomique et des affiliations linguistiques ou politiques ;*
- ***intégrés**, en assurant des soins qui soient coordonnés entre les différents niveaux et prestataires et en mettant à disposition l’ensemble des services de santé tout au long de la vie ; et*
- ***efficaces**, en optimisant les ressources disponibles et en évitant le gaspillage.”*

Force est de constater qu’à l’heure actuelle, la notion de “qualité des soins” a, elle aussi, été impactée par le productivisme. En effet, comme le mentionne le Professeur Hesbeen dans son livre “La qualité du soin infirmier: De la réflexion éthique à une pratique de qualité” : *“Dire ce qu’est un soin de qualité par l’intermédiaire de définitions, de grilles d’évaluation et*

de démarches d'accréditation n'est pas un acte anodin car cela oriente le sens de la pratique et la représentation que l'on a de celle-ci. À l'heure où la qualité du service rendu ainsi que son évaluation occupent une place majeure dans les préoccupations politiques, économiques et gestionnaires, la lucidité et la prudence s'imposent. [...] Si les travaux entrepris ne manquent pas d'intérêt lorsqu'ils suscitent la réflexion des différents acteurs, le danger cependant réside dans l'émergence d'un leurre de qualité issu d'une approche réductrice, mais pragmatique car mesurable. Un tel leurre peut procurer un sentiment d'autosatisfaction aux dirigeants des structures, voire à certains membres du personnel, mais peut se révéler, dans le fond, préjudiciable à la population ainsi qu'aux professionnels animés d'une intention soignante.” (Hesbeen, 2017b)

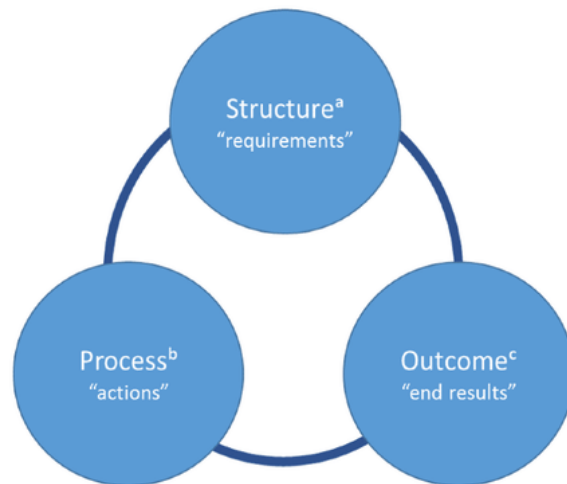
De fait, réduire la qualité des soins à des mesures observables et quantifiables constitue un réel problème lorsque les soins, notamment les soins infirmiers, sont constitués, non seulement de facteurs pouvant être évalués, mais également d'un ensemble de paramètres discrets et peu mesurables, parfois jugés futiles pour certains, pourtant si déterminants dans une prise en soin éthique et humaine.

Par exemple, réaliser une toilette dans le délai imparti d'une dizaine de minutes peut, d'un point de vue pragmatique être réalisé avec un haut niveau de qualité de soins : l'ensemble du corps a été lavé, rincé et séché. Mais qu'en est-il d'un point de vue éthique et humain ? En effet, une toilette peut sembler être un acte anodin car “facilement” réalisable, mais il s'agit en réalité d'un acte très invasif pour la pudeur du patient. L'art infirmier consiste justement à prendre soin du patient dans sa totalité et pas seulement de son corps. Ainsi, le dialogue a une place importante dans ce type de soins, puisqu'il est important de connaître les limites de chaque patient et, si celles-ci doivent, malgré tout, dans une optique de soin être franchies, cela doit être abordé de façon éclairée avec le patient afin d'établir un lien de confiance entre lui et le soignant et ainsi obtenir son consentement. Dans cette optique de prise en soin éthique et humaine où le patient, dans sa globalité et non réduit à un “corps infirme”, reste au centre du soin, un timing de 10 minutes est clairement sous-évalué.

Nous devons donc rester vigilants à ne pas tomber dans le piège du “raccourci” car, bien que ces instruments de mesure puissent être considérés comme fiables d'un certain point de vue, ils deviennent nocifs lorsqu'ils sont, à eux seuls, pris en compte pour fonder une décision politique ou institutionnelle. En effet, ils risqueraient indéniablement de masquer des problèmes majeurs qui apparaissent lorsqu'on adopte le point de vue et les valeurs d'un autre usager du système de santé, que ce soit celui du patient ou du personnel soignant.

Ainsi, force est de constater que parler de « qualité des soins » sans admettre son approche multidimensionnelle a peu de sens : en effet, quel lien existe-t-il entre la qualité des soins perçue par un patient hospitalisé pour quelques jours à la suite d'une intervention bénigne et la qualité de l'hôpital dans son ensemble, évaluée par la procédure d'accréditation ?

C'est dans cette optique qu'Avedis Donabedian, connu pour ses travaux sur la théorie de la qualité des soins (1966), appréhende "la qualité des soins" par une succession de niveaux :



- a. What an organization needs to have to provide health care
- b. The actions in giving and receiving health care
- c. End results as a consequence of providing care

Figure 1 : "la qualité des soins" selon Avedis Donabedian

- a. Ce dont l'organisation a besoin pour prodiguer des soins de santé
- b. Les actions entreprises pour donner et recevoir des soins de santé
- c. Résultats finaux résultant de la prestation de soins

Ainsi, il définit des soins de haute qualité comme étant "*des soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins*". (Hurlimann, 2001)

Finalement, les notions de "qualité des soins" et "qualité du soin" sont relativement similaires et se confondent parfois dans la littérature. Cependant, on pourrait éventuellement les nuancer quant à leur portée d'expression.

Ainsi, la "qualité des soins" fait référence à l'ensemble du système de soins de santé. Elle englobe la qualité générale des services de santé, en passant par la gestion des établissements, la coordination des soins, les politiques de santé, les guidelines EBM (Evidence-Based

Medecine), ou encore la sécurité des patients.

La “ qualité du soin”, quant à elle, se veut plus spécifique au patient. On entend ici que le soin est personnalisé et repose, non seulement sur la conformité aux normes cliniques, mais également sur la qualité des interactions entre soignants et patients.

Mais si ces deux expressions sont, dans la littérature, parfois utilisées pour désigner la même chose, alors comment exprimer un soin de qualité qui prend en compte, non seulement les normes vues ci-dessus, mais également la dimension humaine du soin, en mettant notamment, la priorité sur le bien-être et le confort du patient ?

C’est dans ce cadre que l’on voit émerger dans la littérature la notion du “prendre soin”. Cette notion correspond à la valeur humaine ajoutée au soin, c’est-à-dire un soin porté à la personne. Ainsi, pour “prendre soin” et donc prodiguer un soin de qualité, il est essentiel de prendre en compte non seulement les connaissances scientifiques et les compétences techniques des soignants, mais également leur accueil, leur écoute, leur empathie et leur disponibilité.

Le concept de “prendre soin” est également plus humain dans la nature même du mot, puisqu’il peut remplacer le terme “prise en charge” du patient. En effet, la notion de “prise en charge” (où le terme “soins” a d’ailleurs disparu de l’expression) fait référence, dans l’inconscient collectif, à un fardeau, un poids, une pénibilité pour le personnel soignant, là où le “prendre soin” replace le mot “soin” au centre de leur vie professionnelle. Ainsi, le “prendre soin” fait référence à l’accompagnement et le suivi du patient dans son intégrité humaine et rappelle donc la vocation de nos soignants.

2.4. Donner du sens à son travail

Il est complexe de proposer une définition univoque pour la notion de “sens au travail”. En effet, chaque personne construit sa propre perception de la notion de “sens au travail” sur base de la diversité de ses valeurs, de son vécu, de son expérience mais aussi de ses projets professionnels, de ses engagements et de ses motivations.

Il est donc impossible de déterminer ce qui « fait » le sens d’un travail dans l’absolu. En revanche, il est possible de comprendre comment chaque individu peut construire du sens par rapport au travail qu’il fait au sein d’une organisation sociale.

L'idée de sens implique nécessairement qu'on peut aller dans un sens ou dans un autre. Cependant, il ne faut pas oublier que, dans le domaine de la santé, le travail ne peut avoir de sens que s'il en reste humain. Ceci rejoint la notion du "prendre soin" et de sa dimension humaine abordée dans le point 2.3.

Malheureusement, à force de multiplier les normes, les protocoles, les procédures, à force de fixer des temps totalement irréalistes pour réaliser des actes complexes et variables (parce qu'intimement liés à l'humain), les organisations déshumanisent le travail et nient le professionnalisme des soignants.

Le sens donné à un travail lié au domaine de la santé est donc indubitablement relié aux valeurs, à l'éthique et aux attentes du soignant, à son contexte personnel, familial et social, aux tâches quotidiennes effectuées, mais aussi et surtout à l'environnement et aux conditions de travail, à la coopération et à la collaboration entre collègues, aux buts et aux valeurs de l'institution dans laquelle il travaille, et à sa capacité de résilience face aux facteurs de déstabilisation induite par certains managements.

De plus, si on estime que prendre soin des patients à travers toutes leurs dimensions (bio-psycho-sociale) et donc leur humanité offre un sens au travail de soignant, mais que cette capacité à prendre soin avec qualité est influencée par la satisfaction au travail (conditions et charges de travail, salaire, équipe, etc.), alors pour pouvoir maintenir le sens du soin à l'humain, les facteurs d'augmentation de la satisfaction au travail doivent constamment être considérés et encouragés.

En outre, il est important de souligner que le sens donné par le soignant à ses actes thérapeutiques n'a pas forcément le même sens pour le patient recevant le soin. En effet, comme l'exprime le professeur W.Hesbeen dans son livre « Humanisme soignant et soins infirmiers: Un art du singulier » : *“La question du « bien » perçu par le patient [...] est à rattacher à la question du sens. Il est fréquent d'entendre les professionnels évoquer la nécessité de « donner du sens » à ce qu'ils font. Est-on néanmoins certain que le sens qui est ainsi donné à ce qui est fait, [...] prend également du sens pour l'homme ou la femme à qui on le fait ? Il peut ainsi être redoutable pour un patient d'être confronté aux mains d'une infirmière et d'une aide-soignante qui donnent du sens à la toilette qu'elles font alors qu'aux yeux du patient ainsi minutieusement lavé, cela paraît complètement insensé... Ce n'est pas de « donner du sens » dont il devrait ainsi être question mais bien d'« interroger le sens » que prend ce que l'on fait ou ce que l'on se propose de faire pour une personne donnée. Subir ce*

qui nous apparaît insensé ne peut que déboucher sur le sentiment d'être malmené, voire maltraité et susciter ainsi du rejet voire de l'agressivité ou, si l'on n'a pas d'autres possibilités, provoquer le repli sur soi avec l'envie de s'échapper, de s'évader, de s'en aller. La question se pose de la même manière pour le professionnel qui peut se sentir malmené d'exercer son métier de manière insensée. Il n'en trouve plus alors le sens et cherchera sans doute à essayer de s'en échapper afin d'essayer de trouver ailleurs la possibilité d'exercer son métier de manière sensée. (Hesbeen, 2017a)

Ceci rejoint ce que Ivan Sainsaulieu mentionne dans son livre "Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital" : "*L'effort est accepté quand il est investi au service d'un but qui fait sens pour la personne concernée.*" (Sainsaulieu, 2003)

3. Méthodes

Avant de poursuivre notre réflexion et d'interroger des infirmiers travaillant dans le domaine du polyhandicap afin de constater si, oui ou non, leur satisfaction professionnelle a bel et bien un impact sur la qualité de leurs soins et/ou leur « prendre soin », il nous semblait important de se plonger dans la littérature scientifique et d'éplucher les articles mettant en lien la satisfaction professionnelle des soignants et la qualité des soins prodigués.

3.1. Stratégie de recherche

Cette revue a été réalisée en suivant les directives de la grille PRISMA en ne prenant en compte que les points les plus importants. La base de données Pubmed a été consultée durant la période de septembre 2023 à décembre 2023. Une première équation de recherche a été formulée selon la stratégie PICO suivante :

P : infirmières exerçant dans le domaine du polyhandicap chez l'adulte de plus de 18 ans

I : Etude des facteurs impactant la satisfaction au travail et leur lien avec la qualité des soins

C : /

O : satisfaction au travail (charge de travail gérable, conditions de travail sécuritaires, organisation et administration, soutien de la direction, autonomie professionnelle, salaire et avantages sociaux, gestion du temps de travail, autonomie professionnelle, turnover, formation et développement professionnel) ET qualité des "soins".

Cela a donné l'équation PubMed suivante :

("Nurses"[Mesh] AND "Disabled Persons"[Mesh] AND ("Job Satisfaction"[Mesh] OR "Workload"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh] OR "Time Management"[Mesh] OR "Organization and Administration"[Mesh] OR "Mentors"[Mesh] OR "Professional Autonomy"[Mesh]) OR "Salaries and Fringe Benefits"[Mesh] OR "Personnel Turnover"[Mesh] OR "Education, Continuing"[Mesh]) AND "Quality of Health Care"[Mesh])

Des filtres ont été ajoutés afin d'affiner la sélection. Les limites ont été établies pour les publications <5 ans, Essais contrôlés randomisés (RCTs) et Adultes (18 ans+). Ceci a mené à l'obtention de 64 résultats.

Malheureusement, cette équation de recherche ne semblait pas correspondre à notre question de recherche : articles traitant de chirurgie, lombalgie, cardiologie et hypertension, COVID-19, etc.

Nous avons estimé que le biais venait du terme “disabled persons”. Nous avons donc modifié la question de recherche de la façon suivante, en espérant cibler davantage notre sujet :

("Nurses"[Mesh]) AND "polydisability center"[All Fields] AND ("Job Satisfaction"[Mesh] OR "Workload"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh] OR "Time Management"[Mesh] OR "Organization and Administration"[Mesh] OR "Mentors"[Mesh] OR "Professional Autonomy"[Mesh]) OR "Salaries and Fringe Benefits"[Mesh] OR "Personnel Turnover"[Mesh] OR "Education, Continuing"[Mesh]) AND ("Quality of Health Care"[Mesh])

Malheureusement, une fois encore, l'équation de recherche ne donnait pas de résultats probants concernant la satisfaction professionnelle des infirmières, la qualité de leurs soins ou le domaine du polyhandicap.

Malgré de nombreuses tentatives pour remanier l'équation de recherche, les résultats obtenus sur PubMed semblaient toujours très confus et ne ciblaient pas notre domaine de recherche.

Nous avons donc essayé d'élargir l'équation de recherche en ne ciblant plus, cette fois, spécifiquement le domaine du handicap. L'idée étant de trouver des articles mettant en lien la satisfaction au travail des infirmières et la qualité de leurs soins.

Nous avons ensuite décidé de nous tourner vers d'autres bases de données telles que Google Scholar, où les mots-clés utilisés pour notre équation de recherche étaient : "nurses" and

"disabled patients" and "job satisfaction" and "quality of care". Cette équation nous a permis d'obtenir 119 résultats. Cependant, comme sur PubMed, les mots-clés utilisés se rapportant au handicap semblaient compromettre la recherche, et très peu d'articles portant sur le handicap ne semblaient se démarquer.

Nous avons donc dû élargir notre recherche à des articles mettant en lien la satisfaction au travail des infirmiers et la qualité de leurs soins, sans tenir compte du domaine du handicap, avec l'équation de recherche suivante : "nurses" and "job satisfaction" and "quality of care".

3.2. Critères d'éligibilité

Chaque étude, identifiée par la recherche finale, a été évaluée pour sa pertinence. Les articles ont été inclus dans cette revue s'ils répondaient aux critères d'inclusion suivants : (1) les participants recrutés pour l'étude sont des infirmiers/infirmières. (2) Les études ont examiné la relation entre la satisfaction au travail des infirmiers et la qualité de leurs soins. (3) Une limite de temps, à 5 ans, a également été posée afin que cette revue soit basée sur une littérature récente et d'actualité.

Bien que l'article 5 n'aborde pas spécifiquement le rapport entre satisfaction au travail et qualité de soins, cet article a été conservé dans la sélection car il apportait des éléments plus qu'intéressants pour notre question de recherche, à noter, la différence des facteurs influençant la satisfaction au travail dans des services à long terme par rapport aux services à court terme.

3.3. Extraction de données

Les caractéristiques et les résultats des différentes études ont été extraits à l'aide d'un formulaire élaboré pour ce relevé de données (Annexe 1). Les informations suivantes ont été systématiquement extraites : numéro de l'article, facteurs observés, résultats et conclusions.

3.4. Risque de biais des articles sélectionnés

Les biais désignent l'ensemble des erreurs qui peuvent survenir lors de la réalisation de l'étude, depuis sa conception jusqu'à sa finalité. Il s'agit donc de facteurs qui peuvent entraîner une interprétation erronée des résultats.

Les études sélectionnées pour cette revue sont des revues systématiques (article 5), des études transversales (articles 1,2,4,6,7,8,9) et une étude à méthodes mixtes basée sur un plan d'étude séquentielle explicatif (article 3). De plus, une attention particulière a été portée afin d'écartier les biais liés à un risque de conflit d'intérêts.

4. Résultats

4.1. Sélections des études

Les différentes équations de recherche sur PubMed ont permis la sélection de 4 articles (1, 2, 3, 4).

Numérotation	Auteurs	Titre et année de publication
1	P. Koch, M. Zilezinski et al.	How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians (2020)
2	E. White, L. Alken, et al.	Nursing Home Work Environment, Care Quality, Registered Nurse Burnout and Job Dissatisfaction (2020)
3	P. Van Bogaert, L. Peremans, et al.	Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study (2017)
4	A.Orgambidez, H. Almeida	Social support, role clarity and job satisfaction: a successful combination for nurses (2020)

Tableau 1 : sélection des études PubMed

La dernière équation de recherche sur Google Scholar a également permis de sélectionner 5 articles (5, 6, 7, 8, 9).

Numérotation	Auteurs	Titre et année de publication
5	Laura D. Aloisio, Mary Coughlin, Janet E. Squires	Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review (2021)
6	John Robert Bautista, Percy Aiggie S. Lauria et al.	Specific stressors relate to nurses' job satisfaction, perceived quality of care, and turnover intention (2019)
7	Al-Hamdan, Zaid PhD, Smadi, Eman MSN et al.	Relationship Between Control Over Nursing Practice and Job Satisfaction and Quality of Patient Care (2019)
8	Sulaiman Dawood Al Sabei PhD, Leodoro J. Labrague et al.	Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction (2019)
9	Holly Wei, Leann Horsley, Yan Cao et al.	The associations among nurse work engagement, job satisfaction, quality of care, and intent to leave: A national survey in the United States (2023)

Tableau 2 : sélection des études Google Scholar

4.2. Paramètres observés

Les paramètres observés sont repris en détail sous forme de tableau dans l'Annexe 1. Globalement, les différentes études observaient les facteurs de satisfaction au travail dans le milieu infirmier et leur lien avec la qualité des soins prodigués (1,4,5,6,8,9). Une autre étude observait l'impact du contrôle de la pratique infirmière (= participation à l'organisation du service et à la prise de décisions) sur la qualité de soins (7). Un autre article observait le lien entre un bon environnement de travail et la qualité des soins (2). Enfin, une dernière étude observait les facteurs prédictifs du burnout et la qualité des soins (3).

Facteurs observés	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lien entre satisfaction professionnelle et qualité des soins	X	X						X	
Lien entre l'engagement professionnel et la qualité des soins			X						X
Lien entre clarté des rôles et satisfaction au travail				X					
Lien entre la charge de travail/épuiement (facteur de stress impactant la satisfaction au travail) et qualité des soins			X			X			
Lien entre l'intention de quitter la profession (turnover) et satisfaction au travail	X							X	X
Différence entre facteurs de satisfaction dans des prises en charge à court terme VS long terme					X				
Lien entre contrôle de la pratique infirmière et satisfaction au travail et qualité des soins							X		

Tableau 3 : paramètres observés au sein des études

4.4. Résultats des études

Facteurs observés	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lien entre satisfaction professionnelle élevée et haute qualité des soins	+	+							
Lien entre clarté des rôles et haute satisfaction au travail				+					
Lien entre une forte charge de travail/épuisement et diminution de la satisfaction au travail						-			
Lien entre une forte charge de travail/épuisement et perception d'une faible qualité des soins			+/-					+	
Lien entre charge de travail élevée + conflits avec les infirmières et turnover élevé						+			
Lien entre l'intention de quitter la profession (turnover) et une faible satisfaction au travail	+							+	

Lien entre contrôle élevé de la pratique infirmière et augmentation de la satisfaction au travail							+		
Lien entre contrôle élevé de la pratique infirmière et augmentation de la qualité des soins							+		
Lien entre un fort engagement professionnel et une haute satisfaction au travail									+
Lien entre un fort engagement professionnel et haute qualité des soins			+/-						+
Lien entre un fort engagement professionnel et turnover faible									-
Lien entre haut niveau de spécialisation et fort engagement professionnel									+

Tableau 4 : résultats obtenus au sein des études

Légende :

+	Il existe un lien fort entre les facteurs
+/-	Il existe un lien modéré entre les facteurs
-	Il n'existe pas de lien entre les facteurs

4.5. Discussion et interprétation des résultats

Les études ont l'air de révéler une corrélation positive entre une satisfaction professionnelle élevée et une haute qualité des soins (1,2). Cependant, ces deux concepts, "satisfaction professionnelle" et "qualité des soins", dépendent également d'autres facteurs.

Ainsi, la satisfaction professionnelle est positivement corrélée à la clarté du rôle de chacun au sein d'une équipe (4).

L'article 6 semble démontrer qu'il n'y aurait pas de lien entre une forte charge de travail/épuisement et une diminution de la satisfaction au travail. Néanmoins, ce résultat est à interpréter plus précisément puisque ce même article établit un lien entre une charge de travail élevée (induisant parfois des conflits entre les infirmières) et un turnover élevé. Or, deux articles (1,8) ont étudié une corrélation positive entre l'intention de quitter la profession (turnover) et une faible satisfaction au travail. Nous pouvons alors supposer que ce sont, entre autres, les conséquences découlant de la forte charge de travail (conflits, turnover) qui impactent la satisfaction au travail.

De plus, un lien entre une forte charge de travail/épuisement et la perception d'une faible qualité des soins est observé dans les articles 3 et 8, bien que l'article 3 semble montrer une corrélation moins prononcée.

Dès lors, si cette forte charge de travail est un facteur favorisant des turnovers fréquents (6) ; que ces turnovers réguliers impactent négativement la satisfaction au travail (1,8) et qu'une satisfaction professionnelle diminuée entraîne une diminution de la qualité des soins (1,2), on pourrait alors supposer qu'une charge de travail importante diminue, elle aussi, la qualité des soins.

L'article 7 évalue qu'un contrôle élevé de la pratique infirmière (c'est-à-dire le contrôle et l'impact qu'ont les infirmières au sein du service, leur autonomie au travail et leur participation à l'organisation) est positivement corrélé à la satisfaction professionnelle et à une meilleure qualité des soins.

De plus, l'article 9 évalue qu'un haut niveau de spécialisation est associé à un fort engagement professionnel. Cet engagement professionnel élevé est ensuite associé à une plus haute satisfaction professionnelle, ainsi qu'à une meilleure qualité des soins (9). Ces résultats sont néanmoins à considérer avec précaution puisque l'article 3, quant à lui,

n'observe qu'un lien faible entre un fort engagement professionnel et une haute qualité des soins (3). Par ailleurs, l'article 9 ne montre pas de corrélation positive entre un fort engagement professionnel et un turnover faible. Or, nous avons vu précédemment qu'un turnover faible était témoin d'une satisfaction professionnelle élevée (1,8). Dès lors, nous ne pouvons pas conclure qu'un fort engagement professionnel est responsable, à lui seul, de la satisfaction professionnelle.

5. En pratique

5.1. Évaluation de la satisfaction au travail via un questionnaire

Nous allons évaluer la satisfaction au travail chez des infirmiers et infirmières travaillant dans le domaine du (poly-)handicap grâce au Minnesota satisfaction questionnaire, un test validé scientifiquement et couramment utilisé pour évaluer la satisfaction au travail. Ce questionnaire, disponible en annexe 2, a été conçu en 1967 par Weiss, Dawis, England et Lofquist et utilise une liste de 20 questions évaluant des facteurs intrinsèques et extrinsèques :

a. Facteurs intrinsèques :

1. La capacité d'accomplissement, c'est-à-dire donner l'opportunité aux employés de faire quelque chose avec leurs capacités, leur expertise ou les compétences dont ils disposent.
2. La performance, c'est-à-dire le niveau de réussite pour quelque chose de fait dans le cadre de son travail.
3. L'activité, c'est-à-dire l'occupation quotidienne "à faire un métier".
4. La promotion, c'est l'opportunité d'obtenir une promotion/progression dans son travail.
5. L'autorité qui consiste à désigner quelqu'un pour diriger les autres.
6. L'initiative, l'opportunité de faire quelque chose de façon autonome pour accomplir une tâche.
7. L'indépendance, la possibilité de travailler seul (et non en équipe) pour accomplir une tâche.
8. Activité sociale, le fait de réaliser une action pour aider un collègue de travail
9. Support : dans le cas d'une incapacité à réaliser une tâche, savoir que quelqu'un le fera
10. Variation ou diversité du travail.
11. Le statut social, c'est-à-dire devenir quelqu'un qui est « considéré » dans la communauté.

12. Les valeurs morales, à savoir la capacité de faire les choses selon sa propre conscience.

b. Facteurs extrinsèques :

1. La politique de l'entreprise et le degré de satisfaction des employés par rapport à la politique élaborée par l'entreprise.
2. Le salaire
3. Travail entre collègues, c'est-à-dire le contact lié entre les employés du lieu de travail.
4. Récompense ou compliment, c'est-à-dire l'appréciation pour un employé ayant réalisé du "bon" travail
5. Sécurité de l'emploi
6. Supervision (connexion entre les employés) : c'est la manière dont le supérieur dirige ses employés.
7. Supervision (technique) : la compétence du supérieur dans la prise de décision.
8. Les conditions de travail.

Chaque item est évalué de 0 à 5 pour un total de 100. L'interprétation des résultats se réalise comme suit :

Score de 0 à 40 : niveau de satisfaction bas

Score de 40 à 60 : Niveau de satisfaction moyen

Score de 60 à 100 : niveau de satisfaction élevé

Ensuite, nous tâcherons de mener des entretiens de type semi-directif auprès de personnes répondant aux critères de sélection pour notre question de recherche à savoir : (i) la personne est infirmier ou infirmière, (ii) la personne exerce son métier dans le domaine du polyhandicap ou, de manière plus étendue, au domaine du handicap, (iii) la personne souhaite émettre une réflexion critique sur le lien entre « satisfaction professionnelle » et « soins de qualité ».

Pour ce faire, nous mènerons les entrevues sur base d'un guide d'entretien réalisé par nos soins et disponible en annexe 3. Le but étant de garder le même fil rouge auprès des différents acteurs et ainsi de comparer et d'analyser plus aisément leurs réponses à posteriori.

Cependant, les questions peuvent être amenées à évoluer au fil des interviews afin de s'adapter au mieux à chaque participant mais aussi à l'orientation qu'il souhaiterait donner à la problématique. Ainsi, nous tenterons de leur laisser la plus grande liberté d'expression possible,

sans pour autant perdre de vue l'objectif de notre analyse. Un des entretiens sera retranscrit et disponible en annexe 4.

5.2. Résultats des entretiens réalisés

Les résultats des 5 entretiens réalisés sont présentés dans cette partie et ils seront utilisés comme matériau pour l'analyse. La présentation des résultats est divisée en 4 grandes catégories : la première partie présentera les données démographiques des participants, la deuxième partie représentera la rubrique « satisfaction professionnelle », la troisième partie portera sur la notion de « qualité des soins » / « prendre soin » et enfin, la dernière partie s'intéressera à la confrontation des notions de « satisfaction professionnelle » et « qualité des soins » / « prendre soin ».

5.2.1. Données démographiques des participants

Afin d'obtenir un échantillon varié de participants et de réponses, nous avons sélectionné des prestataires de soins travaillant dans des centres de soins différents.

Participants	Participant n°1	Participant n°2	Participant n°3	Participant n°4	Participant n°5
Rôle professionnel	Infirmier en centre « polyhandicap » sous statut indépendant	Infirmière en centre « polyhandicap »	Infirmière responsable en qualité des soins et adjointe de direction dans une maison de repos et de soin (MRS) pour personnes invalides	Éducatrice spécialisée dans un centre pour enfants « porteurs de handicap »	Kinésithérapeute dans une maison de repos et de soins (MRS) pour personnes invalides
Genre	H	F	F	F	F
Âge	28	51	58	36	27
Ancienneté dans l'établissement	4	20	17	8	3

Tableau 5 : données démographiques des participants

Parmi les 5 participants, 3 d'entre eux (1,2,3) sont infirmiers. Deux infirmiers (1,2) sur les trois travaillent dans le domaine du polyhandicap. Une infirmière sur les trois (3) travaille, quant à

elle, dans une maison de repos et de soins et est, en outre, responsable en qualité des soins et adjointe de direction.

En effet, il n'a pas été évident de récolter suffisamment de participants répondant aux critères d'inclusion, à savoir, (i) être infirmier ou infirmière et (ii) travailler dans le domaine du polyhandicap. De ce fait, nous avons pris la décision d'élargir les critères d'inclusion et de donner la parole à des personnes travaillant également dans des maisons de repos et de soins (MRS) accueillant des patients en perte partielle ou totale d'autonomie.

Par ailleurs, le concept de "qualité des soins" et du "prendre soin" ne se limitant pas à l'art infirmier, il nous semblait pertinent d'interroger également d'autres prestataires de soins travaillant dans le domaine du handicap : une éducatrice spécialisée (4) travaillant dans un centre pour enfants en situation de handicap (moteur et mental) et une kinésithérapeute (5) travaillant dans une MRS.

En outre, afin d'élargir davantage le panel de réponses, nous avons fait en sorte d'interroger des personnes d'âge et d'expérience différents. Parmi les cinq participants, deux d'entre eux (1,5) ont entre 25 et 30 ans, une d'entre eux (4) a entre 30 et 40 ans, et deux d'entre eux (2,3) ont entre 50 et 60 ans.

5.2.2. Satisfaction professionnelle

Dans cette deuxième partie, nous allons nous intéresser à la « satisfaction professionnelle ». Afin de simplifier la lecture des résultats, nous avons repris sous forme de tableau comparatif les réponses de chacun des participants pour la grille d'autoévaluation de la satisfaction professionnelle en 20 items.

On constate que 2 participants (2,4) ont un score *moyen* (Score de 40 à 60) de satisfaction professionnelle et les 3 autres participants (1,3,5) ont un score *élevé* (Score de 60 à 100). Aucun participant ne présente un niveau de satisfaction bas (Score de 0 à 40). Nous pouvons également mettre en évidence que le score le plus élevé de satisfaction professionnelle est de 82/100 et celui qui est le plus bas est de 58/100. Un graphique illustrant les différents scores des participants se trouve à la page suivante. (cfr « graphique 1 : Représentation en histogramme de la satisfaction professionnelle de chaque participant allant de 0 à 100 »)

Figure 2 : Représentation en histogramme de la satisfaction professionnelle de chaque participant allant de 0 à 100

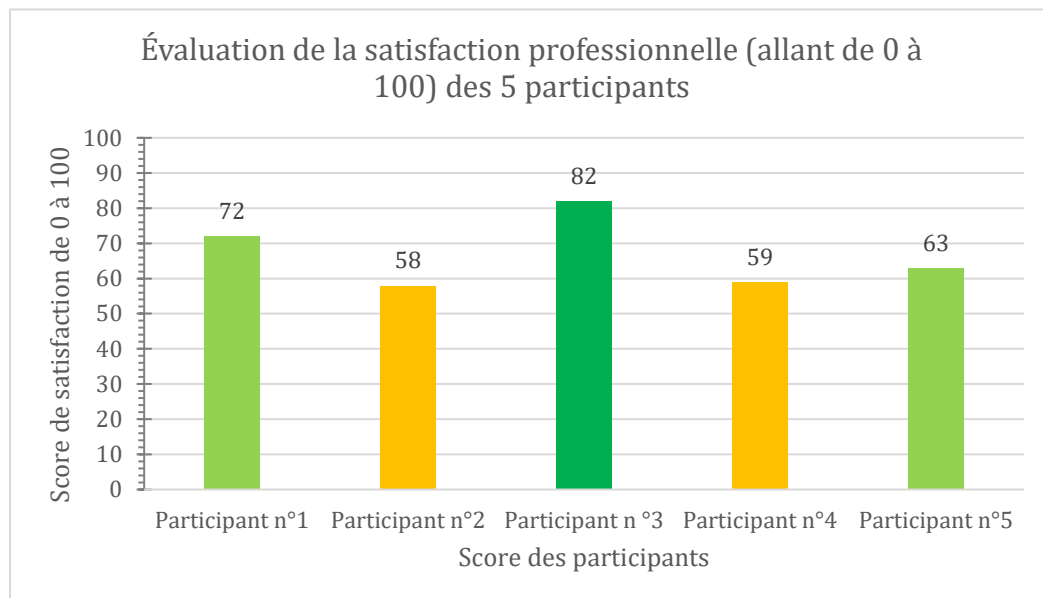


Figure 2 : histogramme de la satisfaction professionnelle des participants

Tableau 6 : score de satisfaction des participants pour chacun des items (cf. Annexe 2 pour le détail des items)

	Participant n°1	Participant n°2	Participant n°3	Participant n°4	Participant n°5
Item 1	2	4	5	4	3
Item 2	2	2	4	1	3
Item 3	3	4	4	3	2
Item 4	4	3	4	3	3
Item 5	4	2	4	2	3
Item 6	3	3	4	2	2
Item 7	4	2	4	3	3
Item 8	4	4	4	4	4
Item 9	5	2	4	3	4
Item 10	2	2	5	2	4
Item 11	3	4	5	3	3
Item 12	4	2	4	2	2
Item 13	5	2	4	3	4
Item 14	3	4	5	4	3
Item 15	5	5	4	4	4
Item 16	2	4	4	4	3
Item 17	4	1	4	3	4
Item 18	5	2	2	4	4
Item 19	4	2	4	2	2
Item 20	1	4	4	3	3

Tableau 6 : score de satisfaction des participants pour chacun des items

	Facteur intrinsèque
	Facteur extrinsèque

Les **items 8** (stabilité de l'emploi) et **15** (rester occupé toute la journée) présentent une satisfaction élevée ($>$ ou $= 4$) pour l'ensemble des participants.

L'item **14** (autonomie : possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative) se révèle, lui aussi, relativement élevé : 2 neutres, 3 satisfaits.

Les **items 2** (conditions de travail) et **6** (compétence de votre supérieur dans les prises de décision (compétences techniques)) présentent des résultats plutôt insatisfaisants pour la plupart des participants, sauf pour l'intervenante n°3. Ceci peut éventuellement s'expliquer par le fait que la participante n°3 occupe à présent un poste d'adjointe de direction et connaît donc des conditions de travail différentes des autres participants. Elle a également beaucoup d'impact dans les prises de décisions au niveau de son institution, contrairement aux autres participants.

Les autres participants mettaient surtout l'accent sur le manque de ressources humaines et matérielles, de la pénibilité des horaires et des gardes, ainsi que la fatigue physique que cela engendre de manipuler des patients en perte partielle ou totale d'autonomie.

L'**item 1** (possibilités d'avancement) est plutôt positif pour les participants 2,3,4 mais semble apporter moins de satisfaction aux participants 1 et 5. Ceci peut éventuellement s'expliquer par l'âge et l'ancienneté des participants. En effet, les participants plus âgés expliquaient oralement qu'ils avaient eu l'occasion d'évoluer au cours de leur carrière (formations complémentaires, changement de service, changement de poste et d'attributions) tandis que les participants plus jeunes exprimaient la sensation d'être bloqués : « [...] *je ne me vois pas rester là et faire toute ma carrière* » ; « *Je changerai sûrement d'ici quelques années pour trouver un travail en tant qu'« infî » où je peux évoluer et ne pas me sentir bloqué.* », explique le participant n°1. « *Il y a un turnover très élevé au sein de mon équipe : deux kinés, deux ergos et un infî ont posé leur démission en un mois de temps et sincèrement, je les comprends. Je ne pense pas rester là indéfiniment. Je ne me vois pas évoluer* », expliquait la participante n°5.

L'**item 3** (possibilité de faire des choses différentes de temps en temps) présente un score élevé pour les participantes n° 2 et 3. Elles s'expriment : « *j'ai eu l'occasion de me former en massothérapie et donc ça me permet à l'heure actuelle de faire des soins parfois différents de temps en temps* » explique l'intervenante n°2.

« *J'ai l'occasion d'avoir un travail assez varié car, bien que je sois responsable et donc plus*

souvent au bureau, je mets encore la main à la pâte quand il y a besoin de renforts dans l'équipe, en cas d'absence par exemple.”, explique l'intervenante n°3.

Cependant, l'intervenante n° 5 présente un faible score à cet item : *“mon rôle de kiné n'est pas respecté. On me demande beaucoup d'aider mes collègues aide-soignants, ce que je ferais volontiers si ça n'impactait pas la qualité de mon travail. Malheureusement, ce n'est vraiment pas le cas et mes soins ne sont jamais réalisés à fond, car sur 4h de travail, je ne fais réellement que 2h de la kiné. Finalement, je fais un peu toujours la même chose : j'aide aux toilettes, aux changes, à donner à manger... C'est très répétitif”*

L'**item 5** (manière dont votre supérieur dirige ses employés (rapports humains)) est assez variable selon les répondants : 2 intervenants (1,3) sont satisfaits, tandis que deux autres (2,4) sont insatisfaits.

L'intervenante n°2 nous expliquait : *“en fait, on a un peu des «triples supérieurs» : la directrice, la sous directrice et la cheffe infî. Et c'est sans compter le niveau encore au-dessus avec l'AVIQ. Ça rend les rapports humains et le dialogue très compliqués car on ne sait pas toujours à qui s'adresser lorsqu'on a un problème. Et puis, pour le peu qu'on ne s'adresse pas à la bonne personne, ce n'est pas forcément relayé et on a finalement l'impression que ce qu'on dit n'a pas d'importance.*

De plus, on a toujours l'impression que la directrice est sous pression par rapport aux politiques (notamment au niveau des subsides), et ça se répercute sur le travailleur et le bénéficiaire”

L'intervenante n°4 nous disait quant à elle : *“Mon chef précédent était très bien mais il est absent pour maladie. Du coup, ici on a un chef remplaçant qui a une toute autre façon de travailler. Ça a un impact sur la cohésion de l'équipe. Je trouve qu'il y a des problèmes dans les prises de décision et les rapports humains. Il est un peu «laxiste» : lorsqu' on l'informe d'un problème (par ex: conflit horaire) il dit oui mais ne vérifie pas. Donc il ne prend pas en charge le problème pour le solutionner, et donc le problème persiste. Il n'est pas vraiment à l'écoute. Et dans la conception du planning horaire c'est compliqué aussi : notre horaire arrive un peu à la dernière minute et il ne respecte pas toujours nos desideratas. Ça fait un gros contraste avec notre ancien chef qui était très attentif à tout cela.*

De plus, il a tendance à me discréditer devant les autres collègues car il prend parfois la décision de m'envoyer dans un autre service, ce qui fait râler mes collègues qui se retrouvent en sous-effectif, mais il n'assume pas que c'est sa décision de me déplacer. J'ai l'impression

qu'il laisse sous-entendre à mes collègues que j'avais le choix. Bref, ça crée des tensions dans l'équipe."

L'intervenante n°2 est la seule à présenter un faible niveau de satisfaction quant à l'**item 7** (possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraires à votre conscience). Elle nous explique : *"en théorie on nous dit de rester «calmes» et «à l'écoute du patient» peu importe la situation. Mais certaines situations mettent nos nerfs à rude épreuve, quitte à parfois devoir «se fâcher» sur les patients. Donc, en théorie je suis tout à fait d'accord avec le concept de «non violence» auprès du patient, qu'elle soit physique ou verbale, mais malheureusement certaines situations, induites par les mauvaises conditions de travail, me poussent parfois à «parler sèchement» au patient, alors que ce n'est pas du tout dans ma nature. De plus, j'ai parfois la sensation de faire subir de la «violence physique» quand je dois par exemple déshabiller un patient toute seule, alors qu'il faudrait être deux pour le faire. Je n'aime pas du tout ça."*

Elle est également la seule à être insatisfaite pour l'**item 9** (possibilités d'aider les gens dans l'entreprise) : *"on ne peut plus faire d'heure supp' pour aider. J'ai connu une époque où c'était facile de s'arranger : si on faisait 30min de plus, on savait facilement la récupérer à un autre moment. Maintenant tout est noté, pointé, cadré, justifié donc on ne sait plus".* Elle mentionne également qu'il est difficile, lors de conflits au sein de l'équipe, de se positionner et prendre la défense d'un collègue qui pourtant en aurait besoin, et elle le regrette. Néanmoins, elle nuance tout de même en disant que dans le boulot en lui-même, lorsqu'un collègue appelle à l'aide, généralement on ne le laisse pas seul, ce qui rejoint les propos des autres participants pour cet item.

En outre, elle est également insatisfaite de l'**item 13** (salaire par rapport à l'importance du travail effectué), là où les autres participants sont plutôt satisfaits. Elle mentionne : *"Je déplore qu'on n'ait pas de prime spéciale pour la pénibilité de l'effort physique et psychologique qu'implique notre métier, d'autant plus dans le domaine du handicap. »*

Pour finir, c'est également la seule participante à être très insatisfaite de l'**item 17** (possibilités de travailler seul(e) dans votre emploi) : *"On s'occupe de patients très lourds. On a besoin d'être à plusieurs pour les manipuler sans les blesser ou nous blesser nous-même. On dépend des collègues pour pouvoir avancer dans le travail."*

Pour l'**item 16** (Des possibilités d'essayer vos propres méthodes pour réaliser le travail), un seul participant (1) s'estime insatisfait. En effet, il nous disait : *"Notre parole n'est pas toujours*

prise en compte, et souvent des décisions sont prises sans vraiment nous consulter. On ne participe pas aux réunions et je trouve ça dommage car on manque des infos, et parfois elles arrivent tard. C'est très frustrant. En fait, on est tributaire des cheffes éducatrices : elles sont au courant et ont toutes les infos par rapport aux soins. Puis, elles nous donnent des ordres, un peu comme si on devait se débrouiller alors que parfois j'estime que ce n'est pas le soin approprié. [...] J'ai l'impression que notre rôle infirmier est parfois mis de côté."

Concernant l'**item 10** (possibilité de dire aux gens ce qu'il faut faire), 3 participants (1,2,4) sur les 5 sont insatisfaits, là où les deux participants restants (3,5) sont (très) satisfaits. Les participants insatisfaits déclarent qu'il est parfois difficile d'aller à l'encontre d'un collègue sur une façon de procéder pour un soin, ou encore sur la façon dont il s'adresse au patient. La participante n° 3 nous explique que cela fait partie intégrante de son travail et que, même si ce n'est pas toujours facile, elle a en effet cette autorité de dire aux gens ce qu'ils doivent faire. La participante n°5 ne s'est pas prononcée davantage sur ce point.

Concernant l'**item 12** (manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application), 3 participants (2,4,5) sur les 5 sont insatisfaits, là où les deux autres sont satisfaits. Pour justifier leur résultat, les participantes 4 et 5 déplorent le fait qu'on leur demande d'agir en dehors de leur domaine d'expertise. Ainsi, la participante n°4 (éducatrice spécialisée) mentionnait qu'elle avait dû apprendre sur le terrain à gérer la médication des patients alors qu'elle n'a jamais eu de formation médicale. La participante n°5 (kinésithérapeute), quant à elle, mentionne devoir faire face à des patients souffrant de maladies « psychiatriques » (cris, violence) alors qu'elle travaille en MRS et n'est donc pas spécialisée pour réagir face à ces types de comportements. De plus, elle déplore l'absence de réunions pluridisciplinaires qui permettraient un suivi optimal des patients.

En ce qui concerne la participante n°2, celle-ci mentionnait surtout la pénibilité des nombreuses procédures médicales et dossiers à remplir qui ont vu leur nombre augmenter au cours de ces dernières années.

Les autres participants ne se sont pas davantage exprimés sur ce sujet.

Concernant l'**item 18** (la manière dont vos collègues s'entendent entre eux), que le résultat soit positif ou négatif, l'ensemble des participants s'accordent sur le fait que l'entente entre collègues est un facteur primordial pour la satisfaction professionnelle.

Pour finir, seul un participant (1) est insatisfait de l'**item 20** (*sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail*). En effet, la plupart des participants estiment se rendre "utiles" à la société et "faire du bien" autour d'eux, ce qui leur apporte un niveau de satisfaction neutre ou élevé pour cet item. Pour comprendre la réponse négative du participant n°1, nous pouvons nous référer à ce qu'il nous disait pour l'item 16, à savoir qu'il se sent frustré de ne pas pouvoir participer aux réunions, de recevoir des informations en retard, de ne pas pouvoir donner son avis sur des procédures de soins, et finalement, de ne pas avoir la reconnaissance qu'il estime mériter en tant qu'infirmier.

Les **items 4 et 11** semblent plus neutres ou légèrement positifs et n'ont pas suscité d'interventions orales de la part de nos participants.

5.2.3. Qualité des soins et le concept de « prendre soin »

Dans la suite de la présentation des résultats issus de nos entretiens, nous allons nous intéresser à la troisième partie qui porte sur les notions de « qualité des soins », « soin de qualité » et « prendre soin ».

1) Définition de la qualité des soins

Parmi les termes les plus utilisés par nos sujets, l'efficacité (sujets 1, 2, 4 et 5), la communication entre prestataires (sujets 1,2, 4 et 5), la prise en charge du patient dans sa globalité et son suivi (sujets 1,2 et 4), l'acte thérapeutique correctement réalisé (sujets 2,3 et 4), les ressources matérielles de qualité (sujets 1 et 5) et la communication avec le patient (sujets 3,4 et 5) sont des éléments phares, selon nos sujets, pour obtenir une qualité de soins.

En outre, l'empathie envers le patient (sujet 4), le bien-être du patient (sujets 1,3) et l'hygiène (sujet 4) ont également été évoqués comme éléments définissant la qualité de soins.

Enfin, une distinction a été formulée entre la qualité de soin idéale selon le sujet interrogé et la qualité de soins "imposée" par l'institution troquant parfois les valeurs humaines avec des valeurs d'efficacité et de sécurité.

2) Définition de soin de qualité

Nos sujets se rejoignent sur plusieurs éléments définissant ainsi, selon eux, le soin de qualité par : la possibilité de prendre son temps (sujets 1,2,4,5), la communication avec le patient (sujets 1,2,4) et des actes thérapeutiques corrects (sujets 2, 3 et 4).

Le fait de travailler en solo plutôt qu'en duo a été relevé comme un point facilitant le soin de qualité (sujet 1) car cela signifie aller à son rythme et travailler à sa façon. Enfin, la préservation des acquis ("autonomie") du patient dans la réalisation du soin a également été soulignée (sujet 4).

3) Concept de prendre soin

Pour ce concept, nos cinq sujets se rejoignent tous sur un facteur principal : la communication. Qu'il s'agisse d'un trait d'humour, d'un moment de joie ou de peine partagé avec le patient, d'une écoute active ou d'un échange banal, la communication et le temps partagé avec le patient permettent de prendre soin de ce patient.

L'empathie (sujets 1, 2, 3, 5), la compassion (sujet 4), la confiance (sujet 3) ont été évoqués. Observer et respecter les limites du patient (sujets 4 et 5) et enfin la vision du patient dans son ensemble ainsi qu'une vision davantage « humanisante » de celui-ci (sujets 3 et 5) ont également été mentionnées.

4) Peut-on « faire des soins » sans « prendre soin » ?

Pour quatre sujets sur cinq (1,2,3,5), la réponse « oui » a été donnée, même s'ils la déplorent. D'une part, à cause de la complexité de la "réalité du terrain" où la rapidité et le rendement sont souvent imposés. D'autre part, ils expriment que ce phénomène peut parfois être observé chez des prestataires lassés, démotivés.

Pour le sujet 4, il n'est pas envisageable de pratiquer des soins d'un point de vue technique sans prendre le temps de traiter le patient comme un être humain et non pas comme une "pathologie".

5.2.4. Notions de satisfaction professionnelle, « qualité des soins » et « prendre soin » entrecroisées

- 1) L'influence de la satisfaction professionnelle sur la « qualité des soins » et le « prendre soin »

La **première question** était :

« Estimez-vous que votre satisfaction professionnelle puisse impacter la « qualité de vos soins » et/ou votre « prendre soin », autant d'un point de vue positif que négatif ? »

Dans cette question, c'est essentiellement l'insatisfaction professionnelle et son impact négatif qui ont été évoqués par nos cinq sujets.

D'une part, certains estiment que le manque de satisfaction professionnelle impacte parfois leur "prendre soin" d'un point de vue humain mais pas la "qualité de leurs soins" d'un point de vue médical (sujets 1,2,4). Ils décrivent un "prendre soin" diminué lorsqu'eux-mêmes se sentent submergés, fatigués ou malades ; impactant ainsi leur patience. *"Nous sommes des humains qui s'occupons d'humains et nous avons, nous aussi, nos limites"*, décrit le sujet n°2.

D'autre part, ils témoignent observer des diminutions de la qualité de soin et du prendre de soin chez des collègues, parfois liées à un manque de temps, d'autres fois liées à la complexité des patients présentant des troubles psychiatriques, ou encore par un désintérêt/dégoût de la profession, réduisant la "qualité des soins" (travail bâclé, mal effectué) mais aussi le "prendre soin" (agression verbale, inattention, peu de considération pour le patient).

Enfin, le sujet n°5 estime parfois diminuer la qualité de ses soins (par manque de matériel, diminution du temps passé avec le patient) mais pas son "prendre soin" car elle essaie de considérer le côté humain avant tout.

- 2) Facteurs d'(in)satisfaction professionnelle impactant le plus la « qualité des soins » et/ou le « prendre soin » d'après les participants

La **deuxième question** était :

« Quels sont, selon-vous, les facteurs de (in-)satisfaction professionnelle impactant le plus la « qualité de vos soins » et/ou votre « prendre soin » ? »

Les facteurs de satisfaction au travail impactant positivement la qualité des soins et/ou le prendre soin, cités par nos sujets, sont : la bonne entente, l'entraide entre collègues et

l'ambiance de l'équipe (sujets 1,3,4) ; le management organisé et positif (sujet 4), une bonne communication et transmission d'informations entre prestataires (sujets 1,4) et le respect des règles de sécurité (sujet 4).

Les facteurs d'insatisfaction au travail impactant négativement la qualité des soins et/ou le « prendre soin », cités par nos sujets, sont le manque d'autonomie dans le travail (sujet 1), le manque de reconnaissance par les collègues médecins et/ou la direction (sujets 1 et 5), l'absentéisme (sujets 2,3,5), l'épuisement professionnel (sujets 2,3,4,5), le manque de matériel (sujets 2,5) et la mésentente entre collègues (sujet 5).

3) Le « prendre soin » est-il pluridisciplinaire ? d'après les participants

La **troisième question** était :

« Pensez-vous que le « prendre soin » est une affaire pluridisciplinaire ? »

Ici, la réponse est univoque : OUI, de la direction aux soignants, jusqu'aux techniciennes de surface. *“Tout le monde a son rôle à jouer pour que l'environnement du patient soit le plus optimal”*, décrit le sujet n°3.

4) Partage de la vision du « prendre soin » dans un même service

La **quatrième question** était :

« Pensez-vous qu'au sein du service dans lequel vous travaillez, vous partagez la même vision du « prendre soin » que vos collègues infirmiers et autres professionnels de la santé ? »

Pour les sujets 1, 3 et 4, la majorité de l'équipe est sur la même longueur d'onde. La plupart des collègues sont là par vocation et font leur travail du mieux qu'ils peuvent avec les conditions qu'on leur impose.

Pour les sujets 2 et 5, le “strict minimum” est parfois observé chez les collègues. Enfin, le sujet 2 souligne parfois la complémentarité entre collègues, tandis que certains seront particulièrement efficaces dans leur “prendre soin”, d'autres seront plus efficaces dans la “qualité de leurs soins” au niveau technique.

5) Vision portée principalement sur la « qualité des soins »

La **cinquième question** était :

« Pensez-vous qu'une vision portée principalement sur la « qualité des soins » au sein d'un service peut impacter négativement la satisfaction professionnelle ? Si oui, pensez-vous que l'insatisfaction, ainsi générée, peut impacter négativement le « prendre soin » ? »

Pour cette question, les sujets (1,2,3,4,5) expriment la difficulté à maintenir un “prendre soin” optimal lorsque la “qualité de soins” est l’élément que les institutions et directions mettent en priorité. En effet, ils expriment tous qu’une vision portée principalement sur la “qualité des soins”, impliquant ainsi des procédures médicales rigoureuses et documents à remplir, provoquent le sentiment de manquer de temps pour réussir à réaliser, de manière systématique, un soin qui soit à la fois de qualité, mais également un partage humain.

L'exemple le plus souvent évoqué est le rendement pour la toilette des patients qui doit être exécutée rapidement afin d’avoir le temps de laver chaque patient, ce qui amène parfois à des situations où la toilette est imposée au résident à un moment où celui-ci n’est pas forcément prêt ou volontaire pour recevoir ce soin.

Néanmoins, les sujets semblent regretter la logique que les directions préfèrent parfois mettre l’accent sur la qualité des soins plutôt que le “prendre soin” au vu des conditions générales de travail (notamment le manque de ressources humaines).

Ils sont donc tous confrontés de manière récurrente à ces situations où la réalisation du soin, d’un point de vue technique, doit primer sur la relation humaine avec le patient, que ce soit par manque de temps, par manque de ressources matérielles, ou par épuisement personnel (fatigue, maladie, surcharge). Et lorsque cela arrive, ils ressentent tous une insatisfaction professionnelle car ils travaillent à l’encontre de leurs valeurs humaines et cette insatisfaction, ainsi générée, peut, à son tour, impacter davantage leur “prendre soin”.

6. Discussion

6.1. Satisfaction professionnelle

Dans la littérature, nous avons identifié plusieurs composantes de la satisfaction au travail, telles que : les conditions de travail, le turnover, la relation avec les patients, les collègues et la direction, le travail lui-même, la charge de travail, la rémunération, la croissance personnelle et la promotion, les opportunités d'avancement/de réussite personnelle, les récompenses psychologiques, le contrôle et la responsabilité/autonomie, la sécurité de l’emploi, le style de

leadership, l'autonomie et l'indépendance. Grâce à la grille d'évaluation que nous avons présentée à nos sujets, ces facteurs, en plus des facteurs tels que la performance, la diversité du travail, les valeurs morales et la politique de l'institution ont été observés chez nos participants.

Ainsi, dans notre cadre théorique, au point 2.2., nous avons relevé que, les facteurs les plus fortement corrélés à une haute satisfaction au travail étaient : la cohésion au sein d'une équipe infirmière et l'engagement organisationnel. En outre, on retrouvait aussi des facteurs modérément corrélés à la satisfaction professionnelle : le soutien de la direction et des collègues, ainsi que la communication efficace et l'entraide avec le personnel médical.

Plus loin dans notre étude, au point 4.4, nous avons également relevé d'autres facteurs impactant positivement la satisfaction professionnelle : clarté des différents rôles, contrôle élevé de la pratique infirmière, engagement professionnel.

Ces facteurs ont bel et bien été cités par nos participants au point 5.2.4. où l'on retrouve, dans les facteurs influençant et ayant le plus d'impact positif sur la satisfaction professionnelle : la bonne entente, l'entraide entre collègues et l'ambiance de l'équipe ; le management organisé et positif, une bonne communication et transmission d'informations entre prestataires et le respect des règles de sécurité.

A contrario, les facteurs impactant négativement la satisfaction professionnelle relevés dans la littérature au point 2.2. sont : le stress lié aux conditions de travail et la dépression/burnout.

Au point 4.4., nous retrouvons également : fortes charges de travail / épuisement, conflits entre collègues et turnover élevé.

Nos sujets ont, quant à eux, relevé comme facteurs influençant et ayant le plus d'impact négatif sur la satisfaction professionnelle : le manque d'autonomie, le manque de reconnaissance par les collègues médecins et/ou la direction, l'absentéisme, l'épuisement professionnel, le manque de matériel et la mésentente entre collègues.

Facteurs influençant la satisfaction professionnelle	Résultats issus de la littérature	Résultats issus des données pratiques (entretiens)
Cohésion au sein de l'équipe		
Engagement organisationnel / Management / soutien de la direction		
Soutien et entraide entre collègues		
Communication efficace / transmission d'informations		
Clarté des rôles		(*)
Contrôle élevé de la pratique		
Engagement professionnel		
Respect des règles de sécurité		
Stress lié aux conditions de travail		
Dépression / burnout		
Fortes charges de travail / épuisement professionnel		
Conflits entre collègues		
Turnover et absentéisme		
Manque d'autonomie		
Manque de reconnaissance		
Manque de matériel		

Tableau 7 : comparaison théorique et pratique des facteurs de satisfaction professionnelle

Légende

Impact positif sur la satisfaction professionnelle	
Impact négatif sur la satisfaction professionnelle	
Pas relevé dans les résultats	

(*) Le sujet n°5 exprimait une insatisfaction quant à la non-clarté de son rôle de kinésithérapeute (50% de son temps de travail en tant qu'aide-soignante) et le sujet n°1 exprimait une insatisfaction quant à la non-clarté de son rôle infirmier (non consulté lors des réunions pluridisciplinaires et décisions de protocoles de soins). Autrement dit, nous pouvons

estimer qu'une grande clarté des rôles au sein d'une équipe pluridisciplinaire est, selon nos sujets, un facteur positif de satisfaction professionnelle.

En outre, nous remarquons que la stabilité de l'emploi et le fait que le travail offre des journées dynamiques qui ne sont pas entrecoupées de temps d'inactivité sont les deux items revenant à chaque fois comme satisfaisants chez nos sujets. Viennent ensuite le salaire, la possibilité d'initiative, l'autonomie et la responsabilité.

Ces résultats peuvent être appuyés par les résultats obtenus dans l'article 7 de notre partie théorique (Al-Hamdan et al., 2019) qui notait qu'un contrôle élevé de la pratique infirmière (c'est-à-dire le contrôle et l'impact qu'ont les infirmières au sein du service, leur autonomie au travail et leur participation à l'organisation) est positivement corrélé à la satisfaction professionnelle et à une meilleure qualité des soins.

Par ailleurs, l'étude de Shields, M. A., & Ward, M. (2001) montre également que le salaire est un facteur important de satisfaction professionnelle et de rétention des infirmiers. Les infirmiers mieux rémunérés étaient moins susceptibles de quitter leur emploi. (Shields & Ward, 2001)

De plus, l'étude de Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008) a montré que l'autonomie des infirmiers, c'est-à-dire la capacité de prendre des décisions cliniques indépendantes et de gérer leurs tâches sans supervision excessive, est fortement corrélée à la satisfaction professionnelle. (Kramer & Schmalenberg, 2008)

Ensuite, nous remarquons dans les résultats de nos sujets que les facteurs les plus souvent liés à une diminution de la satisfaction professionnelle sont : les conditions de travail, l'impossibilité d'exercer de l'autorité, les règles de l'institution, le manque de ressources matérielles et le manque de reconnaissance. Certains de ces facteurs n'étant pas spécifiquement relevés dans notre cadre théorique, nous avons cependant trouvé, par la suite, plusieurs études ayant observé ces facteurs d'insatisfaction au travail.

Par exemple, l'étude de Aiken, et al. (2002) a révélé que des conditions de travail défavorables, telles que des charges de travail élevées et un environnement de travail stressant, sont fortement associées à une insatisfaction professionnelle et à un burnout chez les infirmiers. (Aiken et al., 2002). L'étude de Laschinger, et al. (2001) a trouvé que des règles institutionnelles rigides et un manque de soutien organisationnel augmentent le stress et diminuent la satisfaction au travail des infirmiers. (Laschinger et al., 2001)

Enfin, l'étude de McHugh, et al. (2012) a montré que le manque de reconnaissance pour le travail des infirmiers est fortement lié à une diminution de la satisfaction professionnelle et à une augmentation des intentions de quitter leur emploi. (McHugh & Stimpfel, 2012)

Ainsi, nous pouvons dire sans hésitation que les facteurs, relevés par nos sujets, impactant positivement ou négativement leur satisfaction professionnelle sont en concordance avec les facteurs relevés dans la littérature scientifique.

6.2. « Qualité des soins », « prendre soin » et satisfaction professionnelle

Pour rappel, selon l'OMS, la qualité des soins peut se définir comme étant *“la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires escomptés et sont conformes aux connaissances professionnelles à bases factuelles dont on dispose. De nombreux éléments nécessaires à cette qualité ont été mis en avant ces dernières décennies. Un consensus clair se dégage aujourd'hui, selon lequel des services de santé de qualité devraient être :*

- **Efficaces**, c'est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être fournis à ceux qui en ont besoin ;
- **Sûrs**, c'est-à-dire ne pas entraîner de préjudice pour ceux à qui ils sont destinés ;
- **Centrés sur la personne**, c'est-à-dire que les soins devraient être adaptés aux préférences, aux besoins et aux valeurs individuels et être intégrés à des services de santé structurés autour des besoins de la population ;
- **Fournis en temps utile**, en réduisant les délais d'attente et les retards qui peuvent porter préjudice à ceux qui reçoivent et prodiguent des soins ;
- **Équitables**, en assurant la même qualité de soins indépendamment de l'âge, du sexe, du genre, de la race, de l'origine ethnique, de la situation géographique, de la religion, du statut socioéconomique et des affiliations linguistiques ou politiques ;
- **Intégrés**, en assurant des soins qui soient coordonnées entre les différents niveaux et prestataires et en mettant à disposition l'ensemble des services de santé tout au long de la vie ; et
- **Efficients**, en optimisant les ressources disponibles et en évitant le gaspillage.”

Nous pouvons observer que nos sujets interviewés ont apporté des éléments similaires dans leur propre définition de la qualité des soins. En effet, la notion d'efficacité est revenue à de

multiples reprises. Selon nos sujets, cette efficacité possède deux facettes : l'une visant à une bonne qualité technique et sécuritaire du soin et l'autre visant un rendement efficient.

De plus, la vision humaniste du patient, c'est-à-dire de considérer le patient dans son ensemble, de réaliser le soin selon les limites et le bien-être du patient, d'établir une relation de confiance "soignant-soigné" et de favoriser la communication, sont des éléments que nos sujets ont identifiés comme facteurs de qualité des soins, ce qui rejoint le point "soin centré sur la personne" que l'OMS met en avant dans sa définition.

Nos sujets ont également abordé le fait que la communication entre prestataires, la collaboration de l'équipe entière, la prise en charge du patient dans sa globalité et le côté pluridisciplinaire du traitement étaient indéniablement liés à une qualité des soins plus élevée, ce qui rejoint le point « Intégrés » de la définition de l'OMS.

Le concept de "prendre soin", quant à lui, était défini dans la littérature comme une approche holistique et humaine du soin et du patient, mettant l'accent sur la relation soignant-soigné, l'empathie, et la considération des besoins physiques, émotionnels, psychologiques et sociaux des patients.

Nos sujets ont également bien intégré et développé cette nuance. Pour eux, le "prendre soin" passe avant tout par la communication avec le patient afin d'apprendre et comprendre ses besoins, ses limites, ses émotions. Cette communication permet d'établir une relation entre le soignant et le soigné basée sur l'empathie, la compassion et la confiance.

Dans la pratique clinique, "prendre soin" se traduit par des actions concrètes et des attitudes adoptées par les soignants :

- **Empathie et compassion** : Écouter activement les patients, montrer de la compréhension et de la sympathie pour leurs situations, et répondre avec gentillesse et soutien.
- **Communication** : Établir une communication ouverte et honnête, expliquer clairement les procédures et les traitements, et répondre efficacement aux questions des patients.

- **Respect de la dignité** : Traiter chaque patient avec respect et considération, en préservant leur dignité, leur vie privée et leur autonomie.
- **Soutien émotionnel** : Fournir un soutien émotionnel aux patients
- **Soins individualisés** : Adapter les soins aux besoins individuels des patients, en tenant compte de leurs préférences, de leurs limites et de leur contexte de vie.

Ainsi, un soin peut-il réellement être de qualité si ce concept de “prendre soin” ne fait pas partie intégrante du soin ?

Pour nos sujets, la réponse est claire : non. Certes, la qualité technique du geste peut être présente, mais réaliser un soin sans prendre le temps de connaître le contexte émotionnel et psychologique du patient au moment dudit soin, il est alors impossible de considérer celui-ci comme de qualité. Ainsi, outre les connaissances professionnelles, la compétence technique, la sécurité des patients et la coordination des soins, une dimension humaine devrait pouvoir faire partie intégrante du soin pour pouvoir dire que celui-ci est de qualité.

En effet, dans la littérature, nous observons que lorsque cette dimension humaine est ajoutée au soin, celle-ci se répercute directement et positivement sur la qualité des soins. On constate par exemple :

- **Une amélioration des résultats de santé** : Les patients qui se sentent bien pris en charge ont de meilleurs résultats cliniques, une récupération plus rapide et une meilleure satisfaction des soins reçus.
- **Une réduction du stress** : Les soins empreints de compassion et de soutien émotionnel réduisent le stress et l'anxiété des patients.
- **Un engagement et une adhésion des patients** : Les patients sont plus susceptibles de suivre les recommandations de traitement et de s'engager activement dans leurs soins lorsqu'ils sentent qu'ils sont bien pris en charge (incluant des aspects tels que l'empathie et la communication).

Nous retrouvons notamment ces éléments dans l'étude de Press Ganey Associates (2013) : « Relationship Between Patient Experience and Clinical Quality », dont les résultats ont montré que les hôpitaux où les patients se sentaient bien pris en charge (incluant des aspects tels que l'empathie et la communication) avaient également des scores de qualité clinique plus élevés (Llanwarne et al., 2013).

En outre, l'étude de Clarke & Donaldson (2008) : « Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety », a observé que les environnements de travail positifs pour les infirmiers, où le "prendre soin" est encouragé, étaient associés à une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. (Clarke & Donaldson, 2008)

Enfin, le lien entre la qualité des soins, le "prendre soin" et la satisfaction au travail a été étudié chez nos sujets. En effet, on leur a demandé si, selon eux, une vision centrée sur la « qualité des soins » (technique et rendement) au sein d'un service pouvait impacter négativement leur satisfaction professionnelle. Et si oui, pensaient-ils que l'insatisfaction, ainsi générée, pouvait impacter négativement leur « prendre soin » ?

Ainsi, ils expliquent que lorsque la qualité de leur soin (comprenant les dimensions techniques et humaines) est affectée négativement (notamment par l'exigence d'un rendement important, mais aussi par leurs propres conditions physiques et mentales affaiblies) alors, leur satisfaction au travail diminue. De plus, une satisfaction au travail réduite impacte elle aussi la qualité des soins et ainsi se forme un cercle vicieux. Inversement, une satisfaction au travail élevée grâce à une équipe soudée, une charge de travail équilibrée, du matériel adéquat à disposition, une reconnaissance par les collègues et la direction augmente la qualité des soins et leur "prendre soin".

Leurs propos font écho aux résultats observés dans la littérature scientifique et étudiés au point 4.5 de notre mémoire, où l'on constate de manière générale, une corrélation positive entre une satisfaction professionnelle élevée et une haute qualité des soins.

En résumé, il existe un lien fort entre la qualité des soins, le "prendre soin" et la satisfaction au travail des infirmiers. Un environnement de travail qui permet et encourage des soins de qualité et le "prendre soin" améliore non seulement les résultats pour les patients, mais aussi le bien-être et la satisfaction des infirmiers. Cette synergie est essentielle pour maintenir des systèmes de santé efficaces et humains.

Alors, pourquoi cette approche humaine et empathique n'est-elle pas toujours réalisée ?

D'une part, nous retrouvons des limites matérielles et humaines : manque de matériel adéquat et manque de personnel soignant. D'autre part, nous sommes confrontés aux limites humaines en termes de capacités physiques, psychiques et émotionnelles des soignants, comme en témoigne notre sujet n°2 au point 5.2.4. : « *Nous sommes des humains qui s'occupons d'humains et nous avons, nous aussi, nos limites* ».

6.3. Quelles solutions ?

6.3.1. Solutions économiques et sociales

Pour améliorer la qualité des soins, le "prendre soin" et la satisfaction au travail des infirmiers en Belgique, une approche holistique comprenant des solutions économiques et sociales est nécessaire. Voici quelques suggestions d'amélioration dans les domaines que nous avons relevés comme impactant négativement ces trois aspects et que nous détaillerons par la suite :

Solutions économiques

- 1. Investissements dans les ressources :**
 - Fournir des ressources matérielles adéquates
- 2. Amélioration des conditions de travail :**
 - Assurer des environnements de travail sûrs, ergonomiques et bien entretenus.
- 3. Réduction de la charge de travail :**
 - Embaucher plus de personnel pour réduire la charge de travail individuelle des infirmiers.
 - Optimiser la répartition des tâches avec l'aide des aides-soignants, des assistants médicaux et des éducateurs pour des tâches non cliniques.

Solutions sociales

- 1. Promotion de la reconnaissance et de la valorisation :**
 - Créer des programmes de reconnaissance pour valoriser la contribution des infirmiers.
- 2. Développer les connaissances par rapport au concept du “prendre soin”**
 - Proposer des séminaires ou séances d'informations sur le “prendre soin”
- 3. Optimiser le “prendre en soin” sur le terrain**
 - Développer des connaissances (formations, sensibilisation) qui mettent l'accent sur la qualité des soins et donc le “prendre soin” auprès des professionnels de la santé.
- 4. Participation des infirmiers à la prise de décision :**
 - Inclure les infirmiers dans les processus de décision concernant la gestion des établissements de soins et des services de santé.

6.3.2. Embaucher plus de personnel ?

En Belgique, les normes d'encadrement infirmier, c'est-à-dire le ratio d'infirmiers par rapport au nombre de patients, varient selon le type de service et la région. Ainsi, seul le service de soins intensifs doit respecter des normes spécifiques très strictes. Le ratio est de 2 infirmiers, par tranche complète de six lits (1998 Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, s. d.).

Pour les services généraux, un arrêté royal datant de 1964 (23 octobre 1964 Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, s. d.), impose un maximum de 30 patients par infirmier. Nous sommes face à un nombre effrayant sachant qu'en titre de comparaison, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) indique que les normes idéales actuelles seraient d'un maximum de 8 patients par infirmier. Bien sûr, ces chiffres sont à considérer avec modération et ce qui est réellement important sur le terrain sera finalement l'adéquation et l'équilibre entre soignants-soignés, c'est-à-dire un nombre suffisant de personnel soignant en fonction de ce qui doit être accompli, en respectant à la fois le bien-être des soignés, mais aussi le bien-être des soignants.

Des normes spécifiques sont néanmoins prévues pour certains services (p.ex. service de gériatrie : 14,3 ETP pour 24 lits, en incluant les aides-soignants et les paramédicaux), certaines fonctions (p.ex. soins intensifs : disponibilité 24/7 d'au moins 2 infirmiers par 6 lits) et certains programmes de soins (p.ex. accident vasculaire cérébral : disponibilité 24/7 d'un infirmier bachelier ayant des compétences en soins neurovasculaires, 1 infirmier supplémentaire ayant des compétences équivalentes pour chaque groupe de 6 patients supplémentaires).

Des normes d'agrément minimales sont spécifiées pour les services d'hôpitaux universitaires (Arrêté Royal du 15 décembre 1978) : par exemple, pour les services C et D (chirurgie et médecine interne), il faut prévoir minimum 0,6 ETP de personnel infirmier et auxiliaire par lit occupé, dont au moins 75 % de personnel infirmier qualifié. Ici, l'infirmier en chef est inclus dans le ratio. Le KCE indique qu'il faudrait accroître le personnel de 1629 ETP pour atteindre un minimum absolu, nombre à prendre encore une fois « avec des pincettes ».

En France, il existe quelques ratios supplémentaires pour des services spécifiques tels que la néonatalité, ou encore le service des grands brûlés.

En France toujours, une proposition de loi a récemment été proposée (19 mars 2024) à l'Assemblée nationale pour déterminer des ratios dans chaque service hospitalier. Cette proposition de loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient

hospitalisé a été déposée dans le but de restaurer des conditions de travail décentes et diminuer la charge de travail.

Frein évoqué pour le passage de cette loi : le respect des ratios semble impossible par manque de personnel.

Levier évoqué pour le passage de cette loi : la mise en place de ces ratios encouragera de nouveaux infirmiers à pratiquer ce métier et convaincra ceux ayant abandonné le métier pour cette raison, à revenir.

Ainsi nous sommes confrontés à deux réalités : d'une part les évaluations du KCE qui estime que chaque infirmier devrait être responsable en moyenne de 8 patients, et d'autre part aux obligations politiques désuètes, pourtant encore en vigueur, de 30 patients par infirmier. De ce fait, nous retrouvons le problème évoqué au point 2.3., lorsque nous parlions de productivisme au sein de notre société, y compris dans le domaine des soins.

Finalement, parler de chiffres lorsqu'on parle d'Humain est peut-être la source même du problème, puisque ce serait admettre que chaque patient s'équivaut en termes d'accompagnement et de suivi ; ce qui n'est, en pratique, réellement pas le cas. En outre, ce serait aussi admettre que chaque soignant s'égale, or la qualification des soignants n'équivaut pas toujours à la qualité de leur pratique. En effet, ce n'est pas parce que les gens sont (sur)-qualifiés qu'ils « prennent soin ». Or, c'est parfois avec mépris que certains de nos soignants se sentent visés, voire discriminés par d'autres professionnels de la santé plus « hautement » qualifiés au sein d'un même service.

Finalement, ne serait-il pas plus pertinent d'axer notre énergie et nos ressources sur le défi du « travailler ensemble » ? Ainsi, par « travailler ensemble » nous n'entendons pas « se répartir les tâches cliniques » (par exemple, l'un fait la toilette, l'autre les médicaments), mais bien réfléchir ensemble autour d'une situation clinique d'un patient en ayant, pourquoi pas, un soignant référent « plus qualifié » (par exemple une infirmière bachelière ou infirmière en pratique avancée) qui conférerait à son équipe la dynamique du « prendre soin ». Par conséquent, nous pouvons espérer que l'expertise du « leader » plus qualifié soit réinjectée dans la réflexion clinique de l'ensemble des soignants, où chacun aurait sa pierre à porter à l'édifice.

Ainsi, nous abordons le point suivant proposant des pistes pour valoriser le « prendre soin » et optimiser son application sur le terrain.

6.3.3. Développer les connaissances du « prendre soin » et optimiser son application sur le terrain

Plusieurs approches peuvent être envisagées afin de développer les connaissances et l'application du “prendre soin”.

D'une part, des ateliers et séminaires réguliers axés sur le “prendre soin” pourraient être organisés et accessibles au personnel soignant. De plus, cela permettrait d'aboutir à des réflexions dynamiques de la part des soignants et les pousser à interroger le sens qu'il donne à leur travail, notion importante que nous avons soulignée au point 2.4 : *« il ne faut pas oublier que, dans le domaine de la santé, le travail ne peut avoir de sens que s'il en reste humain »* ; mais également réfléchir et appliquer la notion de « prendre soin ». Par ailleurs, ces sessions sous forme d'ateliers ou de séminaires peuvent inclure des formations sur les compétences en communication, la gestion du stress, et l'empathie. Des formations sous forme de e-learning et des webinaires devraient être proposés pour offrir une formation flexible, permettant aux soignants d'accéder à des ressources éducatives à leur propre rythme. Certaines de ces formations continues pourraient être certificatives et offrir aux soignants diplômés une reconnaissance officielle et reconnue dans le domaine. Dès lors, des postes de “mentor” en « prendre soin » pourraient prendre place dans les équipes pluridisciplinaires, comme nous avons pu en discuter précédemment. Ceux-ci pourraient guider l'équipe à appliquer une vision humaine à leurs soins et développer une réflexion critique quant à leur « prendre soin ».

Il serait également adéquat d'incorporer davantage de modules sur le « prendre soin » dans les programmes de formation initiale des soignants et autres professionnels de la santé.

D'autre part, la direction des établissements de santé devrait être plus impliquée dans la promotion du “prendre soin” en intégrant ces valeurs dans la mission et la vision de l'institution et en instaurant des conditions de travail facilitant son intégration dans les soins.

6.3.4. Promouvoir la reconnaissance et la valorisation des soins infirmiers

En Belgique, plusieurs initiatives ont été mises en place pour valoriser et promouvoir la reconnaissance du travail des infirmiers. Par exemple, la possibilité de devenir Infirmier de pratique avancée (IPA). Ce rôle permet aux infirmiers d'avoir plus d'autonomie et de responsabilités cliniques, contribuant ainsi à leur valorisation professionnelle. De plus, des opportunités de développement professionnel continu sont encouragées et soutenues par des subventions et des financements publics.

Néanmoins, lorsqu'il s'agit de la reconnaissance du travail infirmier dans les institutions de santé, il existe peu d'éléments mis en place. Peut-être serait-il intéressant de proposer des programmes de reconnaissance interne comme des prix de l'employé du mois, des cérémonies de remise de prix (qui sont d'ailleurs déjà réalisées dans certains hôpitaux) et des publications internes qui soulignent les réalisations des infirmiers ?

6.4. Application dans le polyhandicap

Les soins infirmiers auprès des patients en situation de handicap nécessitent une approche intégrant des compétences techniques, relationnelles et humanistes.

Dès lors, les soins infirmiers dans le contexte du polyhandicap doivent comprendre une vision globale et centrée sur la personne. Cette approche permet de répondre de manière appropriée à tous les besoins des patients. Les infirmiers doivent collaborer étroitement avec une équipe pluridisciplinaire incluant des médecins, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistants sociaux et des psychologues pour assurer le suivi optimal du patient et une transmission d'informations efficace.

Le « prendre soin » dans le polyhandicap implique une attention particulière à la personne à travers les différents aspects émotionnels et relationnels des soins. En effet, les personnes en situation de polyhandicap peuvent adopter un mode d'expression qui leur est propre. Cette communication peut passer par une mimique, un sourire, un regard, un son... Il est donc important de découvrir comment la personne souhaite communiquer pour pouvoir construire des échanges. Ainsi, les infirmiers doivent développer des compétences en communication non verbale et en interprétation des comportements pour comprendre et répondre aux besoins des patients qui ont souvent des capacités d'expression limitées. La création d'un environnement sécurisant et rassurant est essentielle pour le bien-être des patients, qui peuvent être particulièrement vulnérables aux changements et aux stimuli environnementaux.

Ainsi, la formation continue et la spécialisation sont cruciales pour les infirmiers. Des programmes de formation spécifiques axés sur les techniques de soins avancées, la communication alternative (utilisation de pictogrammes, langage sensoriel comme le toucher, mise en place d'un code « oui/non », etc) et les stratégies de gestion des comportements peuvent améliorer la qualité des soins.

6.5. Forces et limites de ce mémoire

Concernant les limites de ce mémoire, nous pouvons en relever 2 importantes :

La première est liée aux profils des participants sélectionnés. Il aurait été intéressant d'interroger également des chefs de service infirmiers ou directeurs d'établissements afin de compléter la réflexion avec d'autres points de vue. Ce mémoire est principalement basé sur les points de vue d'acteurs de terrain, à l'exception d'une infirmière responsable en qualité des soins et adjointe de direction.

La deuxième limite est liée au public choisi. En effet, il aurait été intéressant d'élargir à d'autres horizons, notamment interroger des personnes travaillant à Bruxelles ou en Flandre afin d'avoir la réflexion d'autres professionnels qui travaillent aux quatre coins de la Belgique. Les participants de cette étude travaillent exclusivement en Wallonie.

Par ailleurs, il aurait également été pertinent de réaliser un focus group avec des personnes travaillant dans les soins afin de dynamiser la réflexion par rapport à la satisfaction au travail, la qualité des soins et le prendre soin.

Concernant les forces de ce mémoire, nous pouvons pourtant en souligner plusieurs :

Premièrement, nous pouvons relever la pertinence et l'unicité du sujet. En effet, en réalisant ce travail, nous avons constaté que très peu d'études scientifiques portaient sur le domaine du handicap (cf. point 3.1). Or, comme nous avons pu le souligner grâce aux témoignages obtenus, prendre soin de personnes en situation de handicap mental et/ou moteur nécessite, de la part de nos soignants, certaines compétences particulières et spécifiques à ce domaine (cfr. Point 6.4.). Il serait donc intéressant d'explorer d'autres pistes de recherche dans ce domaine qui est, selon nous, trop peu étudié. Nous aurons l'occasion d'en discuter au point suivant « 6.6. Perspectives ».

Ensuite, les retours des intervenants à la fin des entrevues se sont avérés très positifs. En effet, chacun d'entre eux nous a exprimé une satisfaction quant à l'étude que nous menions. Certains exprimèrent avoir appris de nouvelles choses, notamment sur les concepts de « qualité des

soins » et « prendre soin ». D'autres ont été reconnaissants sur le fait d'avoir axé les priorités soignantes sur le « prendre soin » et ainsi valorisé leur vocation de soignants.

Ainsi, nous nous sommes rendu compte que discuter du concept de « prendre soin » avec les soignants peut, chez certains, développer leur esprit critique quant aux soins qu'ils prodiguent ; chez d'autres, apporter une certaine valorisation et un but au travail qu'ils accomplissent. Ceci rejoint le point 6.3.4., où l'on propose des pistes pour optimiser l'application du « prendre soin » sur le terrain.

Enfin, élargir notre étude à des professionnels de la santé, autres qu'infirmiers, nous a permis d'obtenir une vision pluridisciplinaire à notre question de recherche, la « qualité des soins » et le « prendre soin » n'étant, finalement, pas exclusifs aux soins infirmiers.

6.6. Perspectives

Si nous devons songer aux perspectives de ce travail et aux pistes futures à explorer, nous pourrions, tout d'abord, nous pencher sur le domaine du handicap. En effet, comme mentionné au point précédent, très peu d'études scientifiques s'intéressent au secteur du handicap/polyhandicap. De plus, lors de nos entretiens, plusieurs de nos témoins ont exprimé les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer lorsqu'ils ont commencé à travailler dans leur centre, difficultés notamment liées à la manutention de patients en situation de polyhandicap donc très restreints en termes d'autonomie et de mouvements, mais aussi des difficultés de communication avec certains patients qui ne sont pas/plus capables de s'exprimer. Ils expliquent avoir dû s'adapter et apprendre sur le terrain la manipulation de matériel spécifique (lifteur/lève-personne, utilisation et réglages de fauteuils roulants automatiques pour apprendre aux patients à s'en servir) mais aussi développer leurs compétences en communication non verbale (cfr. Point 6.4.).

Ainsi, nous pourrions nous interroger, par exemple, sur la sensibilisation et la formation initiale de nos soignants dans ce secteur. Nous pourrions également étudier la faisabilité de créer et promouvoir une formation complémentaire pour perfectionner les connaissances de nos soignants désireux de travailler dans ce domaine très spécifique.

En outre, nous pourrions étudier l'impact des différents styles de leadership et management au sein des établissements accueillant des personnes en situation de handicap/polyhandicap. En

effet, les témoignages de nos intervenants mentionnaient que le style de management avait un réel impact sur leur satisfaction professionnelle. Ainsi, une communication efficace et le soutien de la direction favorisent un environnement de travail sain et productif. De plus, comme nous l'avons mentionné dans le point 6.3.3. nous pourrions étudier la faisabilité et l'impact qu'aurait un référent « prendre soin » au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Enfin, nous pourrions nous pencher sur l'impact des outils numériques et des technologies de communication sur la satisfaction au travail. En effet, plusieurs de nos intervenants mentionnaient qu'une communication efficace entre prestataires de soins était un moteur de satisfaction professionnelle. Or, la transmission verbale d'informations n'est pas toujours réalisable (collègues travaillant sur des shifts d'horaires différents, visite du médecin alors que tous les soignants ne sont pas présents, etc.). Il serait donc intéressant d'étudier l'impact des technologies informatiques sur la communication et la transmission d'informations au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

7. Conclusion

En conclusion, nous avons maintenant suffisamment d'éléments pour tenter d'apporter une réponse à la question de recherche posée initialement, à savoir : *« La satisfaction professionnelle des infirmiers et infirmières influence-t-elle la qualité des soins pour les personnes en situation de polyhandicap? »*.

Au cours de ce travail, nous avons tout d'abord introduit la notion de « prendre soin » pour définir un « soin de qualité ». Ainsi, nous avons su démontrer, à plusieurs reprises, que la qualité des soins, le « prendre soin » et la satisfaction professionnelle sont des notions étroitement liées.

En effet, nous avons observé qu'un soin ne pouvait pas être considéré de qualité élevée s'il n'était pas systématiquement associé à la vision humaniste qu'apporte le « prendre soin », et ce, d'autant plus dans le domaine du polyhandicap. De fait, les soins infirmiers auprès des patients en situation de handicap nécessitent une approche particulièrement holistique, intégrant des compétences techniques, relationnelles et humanistes, centrée sur la personne et ses besoins spécifiques. De ce fait, le « prendre soin » est d'autant plus essentiel et ne devrait en aucun cas être réduit par rapport à une qualité de soins perçue comme « technique ».

De plus, nous avons également étudié qu'un soin de qualité aura tendance à impacter positivement la satisfaction au travail des infirmiers et autre personnel soignant.

De ce fait, un soin réalisé uniquement dans sa qualité technique, sans sa vision humaniste, sera ressenti par le prestataire et le patient comme un soin de piètre qualité et affectera négativement la satisfaction professionnelle et le bien-être du patient.

En outre, une satisfaction au travail peu élevée a, elle-même, été identifiée comme ayant un impact négatif sur la qualité des soins, entraînant ainsi un cercle vicieux.

Enfin, pour favoriser la qualité des soins, le "prendre soin" et la satisfaction au travail des infirmiers en Belgique, il est essentiel de mettre en place des mesures économiques et sociales interconnectées. Une approche globale, impliquant des investissements financiers, des améliorations des conditions de travail, une reconnaissance du rôle infirmier, une participation aux prises de décisions et un développement théorique et pratique du "prendre soin" sont des pistes apportées pour créer un environnement de travail plus favorable pour les infirmiers, et ainsi, on l'espère, améliorer les résultats pour les patients tout en renforçant le système de santé dans son ensemble.

8. Références bibliographiques

Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, art. 1.

Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, art. 1.

Ahmad, A., & al. (2017). *Job satisfaction and its components : A study on the factors affecting nurse satisfaction in a healthcare organization.*

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Al-Hamdan, Z., Smadi, E., Ahmad, M., Bawadi, H., & Mitchell, A. M. (2019). Relationship Between Control Over Nursing Practice and Job Satisfaction and Quality of Patient Care.

Journal of Nursing Care Quality, 34(3), E1-E6.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000390>

AP³ association référente en Belgique francophone en matière de polyhandicap. (2024). Le polyhandicap. *Inclusion ASBL*. <https://www.inclusion-asbl.be/le-handicap-intellectuel/differents-exemples-de-handicaps/le-polyhandicap/>

Camberlein, P. (2015). 2. Les définitions du handicap. In *Politiques et dispositifs du handicap en France: Vol. 3e éd.* (p. 4-11). Dunod. <https://www.cairn.info/politiques-et-dispositifs-du-handicap-en-france--9782100710089-p-4.htm>

Cheung, F. Y. L., & Ching S.Y. (2014). Job satisfaction, work environment, and culture among community health workers in China. *Social Science & Medicine*.

Clarke, S. P., & Donaldson, N. E. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In R. G. Hughes (Éd.), *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2676/>

Dico en ligne Le Robert. (2024). *Polyhandicap*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/polyhandicap>

Estryn-Behar, D., Négri, J.-F., & Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie & Soin*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2007.08.007>

Hamonet, C. (2012). *Handicap : Naissance et progression singulière d'un mot porteur de progrès (dans le langage courant, le droit, les organisations internationales, les milieux associatifs et... la recherche): Vol. 7e éd.* (p. 17-29). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-personnes-en-situation-de-handicap--9782130595052-p-17.htm>

HAS, Haute Autorité de Santé. (2016). *Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins*.

Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting : A review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804-814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>

Hesbeen, W. (2017a). *Humanisme soignant et soins infirmiers* | Livre | 9782294751677. Elsevier Masson SAS. <https://www.elsevier-masson.fr/humanisme-soignant-et-soins-infirmiers-9782294751677.html>

Hesbeen, W. (2017b). *La qualité du soin infirmier* | Livre | 9782294754111. Elsevier Masson SAS. <https://www.elsevier-masson.fr/la-qualite-du-soin-infirmier-9782294754111.html>

Hurlimann, C. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins. *ADSP, Actualité et dossier en santé publique*, 35, 23,28.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63; quiz 64.

Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings : Expanding Kanter's model. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>

Llanwarne, N. R., Abel, G. A., Elliott, M. N., Paddison, C. A. M., Lyratzopoulos, G., Campbell, J. L., & Roland, M. (2013). Relationship Between Clinical Quality and Patient Experience : Analysis of Data From the English Quality and Outcomes Framework and the National GP Patient Survey. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 467-472. <https://doi.org/10.1370/afm.1514>

Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017-1038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>

Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>

McHugh, M. D., & Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care : A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566-575. <https://doi.org/10.1002/nur.21503>

Sainsaulieu, Y. (2003). *Le malaise des soignants : Le travail sous pression à l'hôpital* (L'Harmattan).

Shields, M. A., & Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England : The impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20(5), 677-701. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(01\)00092-3](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(01)00092-3)

Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2009). Hospital nurses' job satisfaction : A literature review. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 1002-1010. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x>

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/nur.20202>

