

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

Les infirmiers urgentistes : des sensemakers au quotidien

**Ce que les infirmiers urgentistes nous disent de leurs conditions
de travail et de la relation patient-soignant**

Auteure : Szekely Anne-Sophie

Promoteur : Georis Pierre

Lecteur·rices : Cultiaux John & Theyskens Delphine

Année académique 2023-2024

Master en politique économique et sociale à finalité spécialisée en
analyse et évaluation des politiques

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de ma commission :

Mon promoteur, Pierre Georis sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour qui s'est rendu extrêmement disponible, encourageant et m'a fourni de précieux conseils,

John Cultiaux, mon professeur, pour son accompagnement tant universitaire que pour son expertise dans le domaine de la sociologie des organisations ainsi que sa méthodologie de soutien et d'accompagnement dont j'ai pu bénéficier depuis le master 1.

Delphine Theyskens pour son aide précieuse, sa grande connaissance de terrain, sa disponibilité et son lien avec les Cliniques Saint-Luc.

Je remercie ma famille :

Tout particulièrement mes parents, Busiau Cécile et Szekely Laurent pour leur soutien inestimable, leurs relectures et leurs conseils avisés ainsi que mon frère et mon compagnon.

Merci à tous mes amis qui ont cru en mon travail et m'ont soutenu. Tout particulièrement mes meilleurs amis : Sébastien Leroy (mon correcteur perspicace) et Anne-Sophie Van Osta pour leur aide, leur bienveillance et leur présence.

Je remercie les infirmiers du service des urgences des cliniques universitaires Saint-Luc, qui m'ont partagé leur vécu et leur ressenti, et avec qui j'ai partagé des moments très enrichissants.

Merci aux responsables des Cliniques Universitaires Saint-Luc pour leur confiance et pour m'avoir ouvert leurs portes.

Merci à Madame Marie Des Neiges Grignard pour avoir cru en mon sujet et avoir permis les premiers jalons, prémices de ma recherche.

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

« Ce n'est pas la profession qui honore l'homme, mais c'est l'homme qui honore la profession. »

Louis Pasteur

À tous les infirmiers urgentistes de Belgique qui se battent pour effectuer leur travail en donnant le meilleur d'eux-mêmes et en gardant toute leur humanité dans un climat hostile.

Table des matières

Introduction	6
A. Métier d’infirmier en milieu hospitalier et dans le service des urgences.....	8
1. Introduction	8
2. Fonctionnement des hôpitaux en Belgique.....	8
2.1 Quelques chiffres.....	8
2.2 Financement des hôpitaux en Belgique	9
3. Le travail des infirmiers en Belgique :	10
3.1 Définition de l’exercice des professions de santé.....	10
3.2 Les différentes formations et spécialisations :	10
En Belgique, les programmes de formation pour devenir infirmier se déroulent selon deux voies distinctes :	10
3.3 Compétences et liste d’acte des infirmiers responsables en soins généraux (IRSG) :	11
4. Travail des infirmiers urgentistes en Belgique	12
4.1 Spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU).....	12
4.2 Caractéristiques d’un service d’urgence.....	13
5. Présentation des cliniques universitaires Saint-Luc	14
6. Contexte actuel concernant le malaise du secteur des soins de santé.....	16
7. Ce que nous retenons concernant le métier d’infirmier en milieu hospitalier et dans le service des urgences	20
B. <i>Le cadre théorique</i>	21
1. Introduction	21
2. Les concepts	21
2.1 Les conditions de travail.....	21
2.2 La relation soignant-soigné	23
3. Modèle théorique cadre de notre recherche.....	26
3.1 Présentation de Karl Weick et courant (interactionnisme symbolique) dans lequel il s’inscrit	26
3.2 Justification du choix de cette théorie	26
3.3 Le cadre analytique de Weick : le sensemaking.....	29
3.3.1 La notion de changement :	29
3.3.2 Le sensemaking :	29
3.3.3 Lien entre le sensemaking et la résilience	34
4. Ce que nous retenons du modèle théorique cadre de notre recherche.....	34
C. <i>La méthodologie</i>	35
1. Choix de la méthode.....	35
2. Guide d’entretien	35

3. Constitution de l'échantillon	36
4. Réalisation des entretiens semi-directifs et retranscription des données.....	37
5. Analyse.....	39
D. Présentation et analyse des données récoltées.....	41
1. Présentation des participants	41
2. Ce que pensent les infirmiers des conditions de travail actuelles dans leur métier au sein des urgences (question 1) :	42
3. Pallier ou non aux conditions de travail problématiques pour l'infirmier urgentiste (question 2) :	46
4. Expériences vécues aux urgences compliquées par une ou des conditions de travail (question 3) :	51
5. Ce que les infirmiers mettent en place afin de gérer la situation (question 4).....	54
6. Classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5) :	55
7. Ce que les infis pensent de la relation avec le patient (question 6) :	66
8. Ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7) :	71
9. Les conditions de travail qui impactent le plus la relation patient-soignant (question 8) :	79
10. Les solutions qui pourraient améliorer les conditions de travail qui impactent les relations entre l'infirmier et le patient (question 9) :	81
11. Moyens développés par l'institution (question 10) dont l'outil « patient-partenaire » (question 11) :	84
12. Ce que nous retenons de notre analyse des données récoltées	88
12.1 Ce que nous retenons au niveau des conditions de travail.....	88
12.2 Ce que nous retenons au niveau de la relation.....	90
13. Ce que nous pourrions formuler comme hypothèses.....	93
E. Analyse des données récoltées selon la théorie de Weick	95
1. Introduction	95
2. Analyse individuelle.....	95
2.1 Sensemaking.....	95
2.2 Modèle ASR.....	97
3. Analyse de la résilience organisationnelle.....	99
4. Rupture de sens définitive	101
5. Ce que nous retenons de l'analyse des données récoltées selon la théorie de Weick.....	102
F. Atouts et solutions innovantes	103
1. Atouts de l'organisation	103
2. Les solutions innovantes proposées par les participants	104
Conclusion.....	106

Bibliographie	110
Annexes	1

Introduction

Nous avons le plaisir de vous présenter ici le bouquet final de notre cursus formatif très riche à la FOPES, en politique économique et sociale. Plus outillée dans ces domaines et riche des enseignements divers qui nous permettent de développer notre esprit critique et d'analyse, nous nous sommes très naturellement dirigée vers un sujet de mémoire qui nous touche. En effet, celui-ci concerne le domaine des soins hospitaliers et particulièrement dans le service des urgences. Tout d'abord, nous avons toujours été passionnée par le monde du paramédical et précisément celui des soins d'urgence et des services de secours. Sauver des vies dans l'urgence, agir vite et bien, aider les gens, leur accorder beaucoup d'humanité lorsqu'ils traversent les pires moments de leur vie, être à leurs côtés et les soutenir, pratiquer des actes très techniques précis et rapidement, réfléchir vite, travailler sous adrénaline nous a toujours fait vibrer depuis le plus jeune âge. Nous avons donc décidé de vivre notre rêve jusqu'à travailler plusieurs années en tant qu'ambulancière AMU (aide médicale urgente) ainsi qu'en tant qu'ambulancière SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). Cela nous a conduite à entreprendre des études d'infirmière bachelier tout en travaillant en tant qu'aide-soignante au sein d'un service d'urgence de la région de Charleroi. Ce terrain ne nous est donc pas inconnu. Nous avons ensuite pris conscience de l'importance d'encore mieux orienter nos études durant la troisième année de formation d'infirmière suite au constat d'une réalité de terrain très dure, en perte d'humanité qui est pourtant pour nous, le cœur de cette profession. Or, nous ne pouvions pas accepter de travailler d'une manière mettant l'humain au second plan et dans un monde professionnel de soignants en souffrance face aux décisions politiques et de la hiérarchie dont notre travail dépend fortement. En effet, par exemple, lors de notre expérience au sein d'un service d'urgence, nous avons traversé la crise du covid 19, qui a mis plus encore en exergue les difficultés des soins de santé ainsi que du métier d'infirmier et durant laquelle nous espérions être enfin pris au sérieux et respectés dans notre profession. Cependant, nous avons le sentiment que cela n'a pas été le cas. Nous avons été mis dans des situations où nous ne pouvions pas effectuer notre travail dignement, de la meilleure manière qu'il soit, nous ne pouvions pas procurer les soins de manière optimale même si nous le voulions profondément, nous enchaînions des gardes sans repos, nous n'avions pas le matériel nécessaire pour effectuer notre travail, le personnel nécessaire était largement insuffisant au regard du nombre de patients à prendre en charge. Malgré de très nombreuses discussions avec nos supérieurs, des revendications, des actions dans les rues pour alerter notre gouvernement, nous pensons ne pas avoir été suffisamment entendus. Dans ce métier, pourtant, des vies sont en jeu. La situation de terrain nous a semblé beaucoup trop grave pour rester sans agir. C'est ainsi que nous avons décidé d'entreprendre un master, espérant nous outiller pour pouvoir agir par la suite pour cette merveilleuse profession et, peut-être, donner de la voix aux soignants afin de faire comprendre la détresse du terrain, formulant le vœux qu'un jour, peut-être, cette belle profession soit reconnue par nos politiques à juste titre et que des moyens soient enfin accordés pour sauver des vies et soutenir tous les êtres humains qui le permettent et y travaillent chaque jour. Nous avons alors pensé pertinent de proposer un sujet de mémoire qui s'intéresserait aux conditions de travail des infirmiers au sein des services d'urgences et de voir leur impact sur leur quotidien de travail ainsi que sur la relation patient-soignant. Notre question de recherche étant :

« Comment le travail quotidien des infirmiers urgentistes et la relation patient-soignant sont impactés par leurs conditions de travail ? ». Notre analyse exploratoire a eu lieu dans un hôpital universitaire bruxellois grâce à la méthode des entretiens semi-directifs permettant une analyse des données de type qualitative. Afin de répondre à notre question, nous vous présenterons le domaine des soins de santé en milieu hospitalier, la formation et le travail des infirmiers bachelier et spécialisés pour le service des urgences. Nous vous ferons découvrir le service très spécifique des urgences, puis nous nous pencherons sur le contexte actuel mettant en évidence les difficultés du métier d'infirmier ainsi que leurs revendications concernant le malaise du secteur des soins de santé. Nous développerons ensuite la méthodologie de travail que nous avons suivie ainsi que le cadre théorique abordant les concepts utiles à la question que nous nous posons, soit, les conditions de travail et la relation patient-soignant. À ce titre, nous mobiliserons la théorie de Karl Weick qui nous a semblé la mieux correspondre à ce qui est apparu dans les données émanant des entretiens avec 11 participants infirmiers urgentistes. Nous présenterons ensuite ces données après les avoir traitées grâce à l'analyse de contenu mais en chiffrant leur récurrence afin de garantir la fiabilité des idées et l'objectivité nécessaire au chercheur. Le défi de notre recherche consistant à dépasser les évidences et le déjà vu, connu de tous. Ensuite, nous ferons passer ces données dans le filtre théorique apporté par le cadre analytique de la construction de sens selon Karl Weick. Viendra enfin le moment de conclure, de répondre à notre question de départ, et d'envisager des perspectives à notre travail de recherches dont nous vous souhaitons une bonne lecture.

A. Métier d’infirmier en milieu hospitalier et dans le service des urgences

1. Introduction

Pour situer notre sujet, nous avons souhaité vous présenter tout d’abord la situation des hôpitaux en Belgique ainsi que la manière dont ils sont financés car les participants de notre recherche y passent la totalité de leur quotidien professionnel. Ensuite nous vous présenterons le métier d’infirmier en général pour en comprendre la fonction, les compétences, les tâches, les missions, avant d’en venir plus spécifiquement aux infirmiers spécialisés pour le service des urgences. Notre recherche ayant pu s’effectuer dans le service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc, la partie suivante vous présentera cet hôpital universitaire. Le contexte actuel des soins de santé en Belgique étant en grande difficulté, nous vous proposerons un point à ce sujet mettant en lumière certaines revendications des soignants.

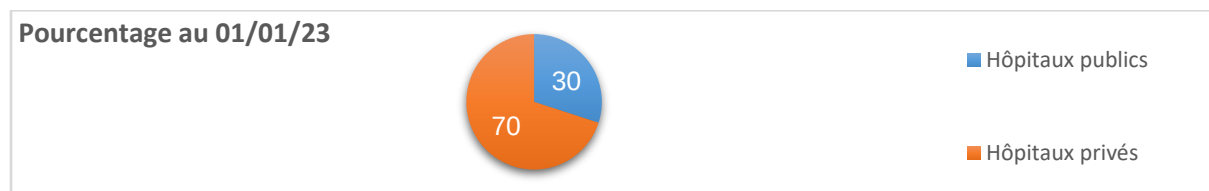
2. Fonctionnement des hôpitaux en Belgique

2.1 Quelques chiffres

Tout d’abord, penchons-nous sur le nombre d’hôpitaux en Belgique, selon le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2023), les statistiques des hôpitaux généraux nous indiquent un nombre total de 103 hôpitaux sur 194 sites. Ils sont répartis comme suit selon les différentes régions :

- En Flandres : 51 hôpitaux sur 91 sites
- En Wallonie : 38 hôpitaux sur 72 sites
- A Bruxelles : 14 hôpitaux sur 31 sites

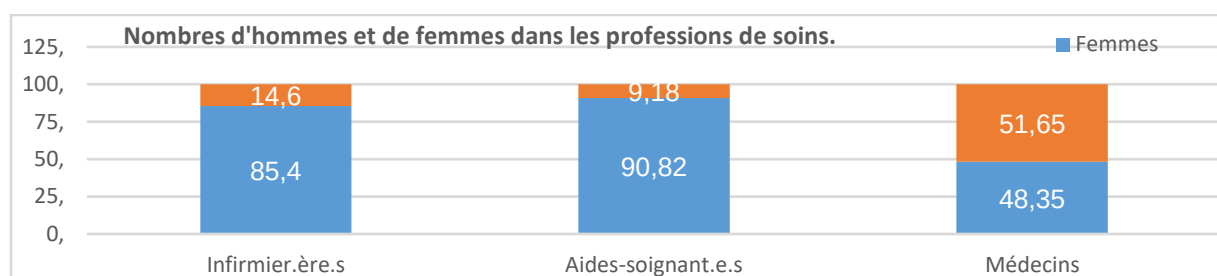
Nous allons aborder ici la répartition des hôpitaux par secteurs car ils se partagent entre le secteur public et privé. Au 1er janvier 2023, parmi les 103 hôpitaux présents en Belgique, 30% relèvent du secteur public, sous la gestion d'une autorité publique telle qu'une commune, une intercommunale, une province ou une région. Les 70 % restants sont des établissements privés organisés sous forme d'ASBL (Association Sans But Lucratif). C’est le cas pour les Cliniques universitaires Saint-Luc.



Par la publication de ses statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique (Organes de Concertation, 2022), nous pouvons identifier qu’en 2020, le nombre total d’infirmiers et d’infirmières s’élevait à 212.818, parmi lesquels 202.580 étaient résidents en Belgique. Parmi eux, 12.710 étaient spécialisés en soins intensifs et d’urgences, dont 12.366 étaient domiciliés en Belgique. En 2022, ce nombre a augmenté pour atteindre un total de

228.309 infirmiers et infirmières, dont 210.079 résidents en Belgique. Parmi eux, 13.655 étaient spécialisés en soins intensifs et d'urgences, dont 13.248 étaient domiciliés en Belgique.

Voyons maintenant la question du genre au sein du métier d'infirmier. Selon les données de Statbel (2020), concernant les infirmiers, 85.40% sont des femmes contre 14.60% d'hommes. Nous retrouvons cette dominance aussi chez les aides-soignants (90.82 % sont des femmes contre 9.18% d'hommes). Cependant, pour les médecins la tendance s'inverse, nous retrouverons 48.35% de femmes et 51.65% d'hommes.



Historiquement, nous pouvons donc observer que les métiers du care comportent toujours une majorité de femmes (Roy & Chouinard, 2013). Florence Nighttingale in Evans (2004)¹ considérait que les femmes étaient intrinsèquement enclines à prodiguer des soins, et que le domaine infirmier était simplement une prolongation naturelle de leur rôle traditionnel en tant qu'épouses et mères.

2.2 Financement des hôpitaux en Belgique

Comme l'explique le SPF santé publique (2024), le financement des hôpitaux belges est structuré en différents systèmes de rémunération distincts, selon le type de service dispensé. Tout d'abord, **les activités infirmières et non médicales** qui sont financées par un budget national fermé (BMF : budget des moyens financiers). Il est établi de manière annuelle et est, par la suite attribué, selon différents critères à chaque hôpital. C'est sur base d'une « activité justifiée » de l'année antérieure et donc de chiffres précis calculés en fonction de la durée moyenne nationale des séjours pour chaque pathologie qu'est déterminée la partie essentielle : les frais de fonctionnement des services cliniques. C'est via le résumé hospitalier minimum (plus précisément du *Diagnosis Related Groups* ; un système de classification) que les durées de séjour standard pour chaque pathologie spécifique sont déterminées. Cela permet de calculer le nombre de journées justifiées et donc, le nombre de lits justifiés qui sont eux aussi revus annuellement afin d'attribuer les ressources aux différents hôpitaux. En complément, d'autres paramètres influencent également le financement : la performance comparée entre établissements, les normes de personnel, le nombre d'interventions chirurgicales, le nombre de passages aux urgences, par exemple. Le budget moyen financier est donc constamment revu (positivement ou négativement) en fonction des chiffres réels constatés (Durant, 2022).

¹ Nightingale, 1860 in Evans, 2004; Mackintosh, 1997.

Ensuite, pour **les actes médicaux et médicotechniques** tels que l'imagerie médicale, les consultations, les laboratoires et les activités paramédicales telles que la kinésithérapie, c'est une tarification à l'acte qui permet de les financer. Comme l'explique Durant (2022), celle-ci se fait sur base d'une nomenclature spécifique établie par l'INAMI. Il existe aussi plusieurs types d'honoraires forfaitaires dans les hôpitaux belges, notamment pour les séjours en biologie clinique et en imagerie, ainsi que pour les soins à faible variabilité. Ces honoraires couvrent la rémunération des médecins ainsi que les coûts associés au personnel, à l'équipement et aux locaux. Pour couvrir ces coûts, qui sont à la charge de l'hôpital, un prélèvement est effectué sur les honoraires (Ibidem, 2022). Enfin, concernant les **dispositifs médicaux** tels que les prothèses, le matériel synthétique, ainsi que les médicaments, ils représentent une part importante des revenus financiers et sont facturés séparément. 20% du chiffre d'affaire des hôpitaux sont constitués par les prestations pharmaceutiques. Pour les patients hospitalisés, seuls 25 % des médicaments sont facturés à l'unité, le reste étant forfaitisé selon les normes établies. Les médicaments chers et innovants restent facturés à la prescription, et les dispositifs médicaux peuvent être remboursés forfaitairement ou selon des listes de l'INAMI (Ibidem, 2022).

3. Le travail des infirmiers en Belgique :

3.1 Définition de l'exercice des professions de santé

Dans le cadre législatif belge défini par l'Arrêté royal numéro 78 concernant l'exercice des professions de santé, l'article 21quinquies énonce ce qui suit :

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

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

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

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

3.2 Les différentes formations et spécialisations :

En Belgique, les programmes de formation pour devenir infirmier se déroulent selon deux voies distinctes :

- L'une dispensée dans les Hautes Écoles, relevant de l'enseignement supérieur non universitaire, et conduisant à l'obtention du titre d'Infirmier Responsable de Soins

Généralistes (IRSG) après quatre années d'études (elles étaient à 3 ans jusqu'en 2016) appelés plus communément les infirmiers bacheliers².

- L'autre organisée dans l'enseignement professionnel, débouchant sur l'obtention du diplôme d'Infirmier Hospitalier après trois ans et demi d'études. Ces deux qualifications répondent aux normes établies par la directive européenne 2013/55/UE et permettent l'exercice de la profession infirmière au sein de l'Union Européenne.

Il est important de noter que seuls les Infirmiers Responsables en Soins Généralistes (IRSG) ont accès aux formations supplémentaires permettant par exemple, d'accéder au titre de SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente) ou SISU (Soins Intensifs et Soins d'Urgences) ou encore aux études de niveau master dont celui en santé publique.

3.3 Compétences et liste d'acte des infirmiers responsables en soins généralistes (IRSG) :

- Les compétences

C'est dans le quatrième chapitre de la loi coordonnée du 10 mai 2015 que nous retrouverons, plus spécifiquement tout ce qui est relatif à la profession infirmière. Il détaille les critères d'admission à la profession ainsi que les compétences requises pour un infirmier responsable en soins généralistes à la fin de sa formation. Ces compétences comprennent une connaissance approfondie des domaines de la physiologie, de la psychologie, de la sociologie et de l'éthique, ainsi que l'acquisition de compétences cliniques et de collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Elles sont clairement définies au nombre de huit dans la Directive 2013/55/UE (2013)³ :

- La capacité d'évaluer de manière autonome les besoins en soins infirmiers, d'élaborer des plans de traitement et à dispenser des soins aux patients en se fondant sur des connaissances théoriques et cliniques appropriées. Elle englobe également la capacité à planifier, organiser et gérer les soins infirmiers en utilisant les connaissances et les compétences acquises conformément aux normes établies, dans le but d'améliorer la pratique professionnelle.
- La capacité de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ce qui inclut la contribution à la formation pratique du personnel médical.

² Blog SIEP. (2016, novembre). Devenir infirmier/ère : quelle formation choisir ?

³ Directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. (2013, novembre 20). <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055#d1e487-132-1>

- La capacité à autonomiser les individus, les familles et les groupes pour les encourager à adopter un mode de vie sain et à assumer leur propre prise en charge.
 - La capacité à prendre des initiatives autonomes pour mettre en œuvre des mesures immédiates visant à sauver des vies et à agir lors de situations de crise ou de catastrophe.
 - La capacité à fournir de manière autonome des conseils, des orientations et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches.
 - La capacité à garantir de manière autonome la qualité des soins infirmiers ainsi que leur évaluation.
 - La capacité de maintenir une communication professionnelle exhaustive ainsi que de collaborer avec les membres d'autres professions du domaine de la santé.
 - La capacité à évaluer la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier responsable de soins généraux.
- La liste d'acte

Cette liste référence toutes les prestations techniques relevant de la pratique infirmière ainsi que tous les actes pouvant être délégués par un médecin aux praticiens infirmiers, comprenant les détails sur leur exécution et les critères de qualification exigés de chaque infirmier. Celle-ci a été fixées par L'Arrêté Royal du 18 juin 1990. Elle nous permet aussi de distinguer 3 catégories différentes d'actes techniques : actes B1 (les actes ne nécessitant aucune prescription médicale), actes B2 (les actes nécessitant une prescription médicale), actes C (les actes confiés par un médecin).

4. Travail des infirmiers urgentistes en Belgique

4.1 Spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU).

Ce statut est acquis suite à une formation d'une année dispensée dans l'enseignement supérieur de type court non universitaire, conformément aux dispositions de l'Arrêté ministériel du 19 avril 2007 (décret ministériel établissant les conditions d'agrément permettant aux professionnels de la santé d'obtenir le titre spécifique d'infirmier spécialisé en soins intensifs et en urgences). Il permet donc aux infirmiers qui l'obtiennent d'exercer dans les services agréés d'urgences ou de soins intensifs en hospitalier et/ou en préhospitalier (filière paramédicale en soins intensifs et aide médicale urgente - Référentiel de compétences professionnelles, 2018). Dans le cadre de ses activités, l'infirmier en soins intensifs assure la prestation de soins à la fois curatifs, préventifs et palliatifs, couvrant un large spectre technique, relationnel, éducatif et organisationnel. Il recourt à des équipements sophistiqués pour surveiller et, le cas échéant, intervenir de manière urgente afin de maintenir ou de restaurer les fonctions vitales du patient. C'est dans un contexte de situations aiguës et/ou critiques que l'infirmier SIAMU assure une gestion relationnelle spécifique, tant à l'égard du patient que de ses proches. Il cultive une collaboration professionnelle étroite avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. (Ibidem, 2018).

4.2 Caractéristiques d'un service d'urgence

« La principale mission des services d'Urgences consiste à dispenser des soins à toute personne confrontée à un problème médical urgent. Il n'existe aucun consensus international quant à la définition précise de ce concept, mais deux éléments sont récurrents : le fait qu'il s'agisse de symptômes d'apparition aiguë et le fait qu'ils requièrent des soins spécialisés immédiats. » (Van den Heede et al., 2019, p7⁴). Un service d'urgence opère sans interruption 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Aucun patient n'y est jamais refusé, quel que soit le motif d'admission, qu'il s'agisse d'une situation très grave ou moins urgente, ou même en cas d'affluence importante (De Vaux, 2019). L'activité du service se distingue par son caractère imprévisible en termes de volume et de nature des tâches à accomplir. Il peut y avoir des périodes de calme total, suivies soudainement d'une surcharge importante. De plus, les pathologies qui y sont traitées sont très diversifiées, pouvant aller d'une petite plaie à recoudre à un grave traumatisme. Ceci induit une grande variabilité dans les motifs d'admissions.

Comme l'explique Vassy, C. (2004), le lieu s'organise en différents secteurs dans lesquels travaillent et tournent les infirmiers urgentistes. La première étape est le passage du patient à l'accueil afin de s'inscrire en donnant son identité et le motif de l'admission (Saint-Luc, 2020). Ensuite, il passe au triage. C'est ici que l'infirmier en poste va, en quelques minutes, établir les priorités en fonction des critères cliniques du patient. Cela conduit à la distinction entre deux catégories de patients : les "urgents" et les "non-urgents". Ainsi, il devient possible de prioriser la prise en charge des patients les plus nécessiteux. En effet, aux urgences, les premiers patients arrivés, ne sont pas forcément les premiers patients pris en charge. Tout dépend de la gravité et de l'urgence de la situation (Vassy, 2004). Le patient va ainsi être dirigé vers la zone de soins adéquate (Saint-Luc, 2020). De fait, le service d'urgences s'organise en différentes zones traitant des pathologies spécifiques (zone de réanimation, zone couchée (HP = service d'hospitalisation provisoire), zone des plâtres, zone de pédiatrie, etc.). Chaque infirmier se voit assigné à une zone pour son shift (sa garde), ainsi chaque zone à sa propre équipe (Vivalia, s.d). L'infirmier fait partie d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle travaillent main dans la main les médecins, les aides-soignants ainsi que les brancardiers. Ils se coordonnent pour assurer la prise en charge complète du patient ainsi que la continuité des soins (Siep, 2016). Dans un premier temps, l'infirmier fait l'anamnèse (« Il s'agit d'un entretien structuré avec le patient et/ou sa famille dans le but de rassembler les informations nécessaires à la planification et à l'adaptation des soins infirmiers aux besoins individuels du patient » (Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 2017, p10)), ainsi que les examens qu'il estime nécessaires (prise de sang, électrocardiogramme, par exemple). Ensuite, il fait part de son rapport à l'équipe médicale qui va passer près du patient et prescrire des examens complémentaires/ des médicaments. Une fois que le patient est stabilisé il sera soit renvoyé à

⁴ Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2019). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 325Bs. DOI: 10.57598/R325BS.

son domicile ou sera hospitalisé dans l'unité adéquate (pneumologie, orthopédie, gériatrie, cardiologie, etc.).

Aux Cliniques universitaires Saint-Luc, les urgences ont ouvert leurs portes il y a 10 ans. À cette époque, le département a subi une refonte complète, orientée vers l'optimisation de l'expérience du patient. L'objectif premier était d'éliminer la nécessité pour les patients de retourner à plusieurs reprises dans la salle d'attente entre les différentes étapes de leur prise en charge. Au lieu de cela, un système a été mis en place pour accompagner les patients tout au long de leur parcours, assurant ainsi une transition fluide et continue d'une étape à l'autre. (BX1, 2014)⁵. Dans ce nouveau système, le patient est également impliqué dans sa propre prise en charge. Il est encouragé à se déplacer d'un espace à un autre, ce qui contribue à réduire le sentiment d'attente souvent désagréable associé aux services d'urgence. La nouvelle organisation permet aussi de séparer les différents flux (patients adultes/ enfants/ psychiatriques par exemple). Le deuxième objectif visait à augmenter la capacité d'accueil, dans l'espoir de fournir un confort optimal aussi bien pour le personnel soignant que pour les patients (Ibidem, 2014).

5. Présentation des cliniques universitaires Saint-Luc

Selon les informations récentes disponibles sur le site des Cliniques universitaires Saint-Luc consulté le 10 mai 2024, c'est en réponse à une nette augmentation des étudiants en médecine (1965) que l'Université Catholique de Louvain (UCL) acquiert un nouveau terrain à Woluwé-Saint-Lambert afin d'y construire un hôpital supplémentaire pour la faculté de médecine. C'est à la suite de cette décision que le 23 août 1976, les Cliniques universitaires Saint-Luc ont ouvert leurs portes. Cela représente une avancée majeure en Belgique car l'hôpital regroupe les 3 compétences suivantes : la recherche, l'enseignement ainsi que la pratique clinique⁶. En effet, selon leur rapport d'activité de 2018, 4 missions sont mises en avant :

- Fournir des soins de qualité personnalisés et accessibles à tous les patients, en s'efforçant d'atteindre un niveau universitaire de pointe, intégré entre les différents acteurs hospitaliers.
- Assurer une formation complète couvrant toutes les spécialités médicales, les soins infirmiers, la pharmacie, etc., tout en insistant non seulement sur les aspects scientifiques, mais également sur une approche humaine de la relation entre les médecins et les patients.
- Soutenir la recherche en s'impliquant autant dans la recherche clinique et fondamentale (diagnostics, analyses, laboratoires, etc.) ainsi que la recherche appliquée visant la gestion hospitalière et la pratique infirmière.

⁵ BX1. (2014, 15 janvier). Nouveau service des urgences aux Cliniques universitaires Saint-Luc [Vidéo]. YouTube. Récupéré sur <https://youtu.be/ZAar5jeX5xc?si=5-bjHYlP8cZ1mkYu>

⁶ Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Connaître Saint-Luc : En quelques mots, découvrez Saint-Luc.

- Etre utile à la société en poursuivant l'excellence dans toutes les professions représentées au sein de l'institution, s'engageant ainsi pleinement dans la communauté.

Les Cliniques Saint-Luc prônent des valeurs humaines se situant au centre des soins tout en respectant les normes les plus élevées en termes de qualité et de sécurité (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2019). C'est dans cette optique qu'en mars 2019, il fut le premier hôpital général de Belgique à recevoir une accréditation générale de niveau Platine de la part de l'Accréditation Canada International (ACI), une reconnaissance exceptionnelle mettant en avant l'excellence de la qualité et de la sécurité des soins dispensés qui leur a été attribué jusqu'en 2023. Depuis lors, ils ont développé ainsi que mis en place leur propre modèle de qualité institutionnel (Cliniques universitaires Saint-Luc, s.d.)⁷.

L'hôpital accueille quotidiennement des patients du monde entier (Saint-Luc, 2022). Il est reconnu comme le deuxième hôpital universitaire du pays (Ibidem, 2022). Il est aussi répertorié parmi les 250 meilleurs hôpitaux du monde selon l'article de Newsweek : « World's Best Hospitals 2023 » (2023).

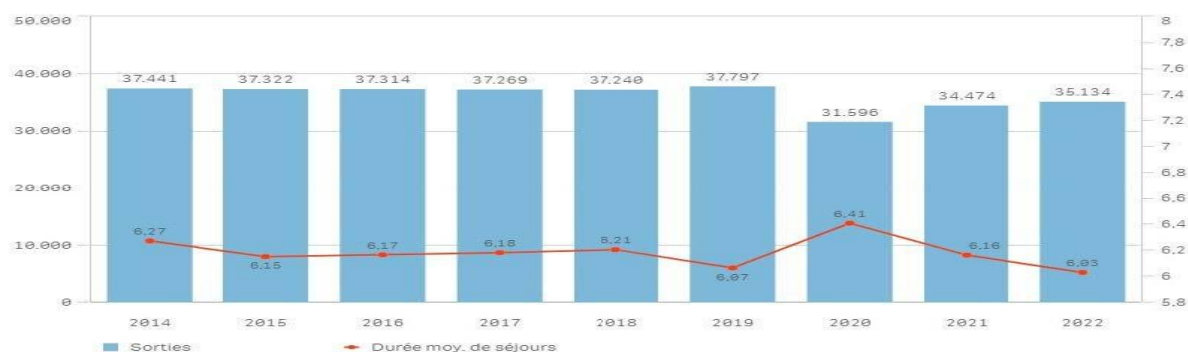
L'établissement compte un effectif total de 6 603 collaborateurs, toutes catégories confondues, parmi lesquels 61 % occupent des postes à temps plein et 77 % ont des contrats à durée indéterminée. Concernant le nombre de lits, et donc le nombre de patients que l'hôpital peut accueillir, il y en a 973 (Université Saint-Luc, 2018).

En ce qui concerne la question de genre, les Cliniques universitaires Saint-Luc ont une répartition entre hommes et femmes semblable aux données statbel (2020) et demeure "traditionnelle". Ainsi, dans le rapport d'activité de 2018, 28% d'hommes travaillent aux cliniques Saint-Luc pour 72% de femmes, tous profils confondus. « Le personnel soignant et d'entretien est majoritairement féminin, précise Isabelle Hennequin. Les hommes occupent davantage des postes techniques, informatiques et de gardiennage. En ce qui concerne les médecins en revanche, nous avons une belle parité » (Université Saint-Luc, 2018, p15).

Voici, ci-dessous le graphique des chiffres des hospitalisations récupérés sur le rapport d'activité 2022 des Cliniques universitaires Saint-Luc⁸. Nous pouvons ainsi nous rendre compte du nombre conséquent de patients.

⁷ Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Connaitre Saint-Luc : Accréditation Platine pour les Cliniques universitaires Saint-Luc. Récupéré sur <https://www.saintluc.be/fr/accr%C3%A9ditation-platine>

⁸ <https://saintluc.be/fr/node/68943>



Le nombre d'hospitalisation est indiqué par le nombre de sorties. Celles-ci sont, pour l'année 2022, en augmentation. On compte 35.134 hospitalisations soit 660 de plus qu'en 2021 et une augmentation de 1.9%. Toujours pour la même année, l'hôpital enregistre aussi 445.644 consultations, 79.537 admissions pour le service des urgences, 20.439 interventions en zones opératoires et 1.544 accouchements⁹.

Malgré des chiffres assez stables entre 2014 et 2019, nous pouvons observer une nette diminution à partir de 2020. La cause ; la crise Covid-19. Les effets persistants de la pandémie ainsi que les phases de plan d'urgences qui ont restreint les hospitalisations non-urgentes. De plus, des lits d'hospitalisation et des salles d'opération ont dû être fermés par la pénurie de personnel soignant.

6. Contexte actuel concernant le malaise du secteur des soins de santé

Les difficultés auxquelles font face les infirmiers :

D'après un article récent de L'Echo (2023) intitulé "Les cinq raisons de la colère des infirmiers", cinq motifs de mécontentement ont été exprimés par les infirmiers lors de leur énième manifestation, en voici un résumé, soutenu par diverses sources concordantes :

→ Un cruel manque de personnel sur le terrain :

Ce point est principalement dû à l'augmentation significative des absences liées tant à des problèmes physiques que psychologiques. Selon les syndicats, de nombreux infirmiers choisissent de passer en temps partiel pour gérer la pression accrue et certains préfèrent quitter la profession vers des secteurs offrant de meilleures conditions de travail ainsi qu'une rémunération plus avantageuses. La KCE souligne dans son rapport 325Bs qu'« un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10 % envisagent de quitter la profession. Trente-six pourcents (36 %) présentent un risque de burnout et ce chiffre a augmenté au cours des 10 dernières années » (Van den Heede et al., 2019, p3). La CNE (Centrale Nationale des Employés) est le plus grand syndicat en Belgique francophone, faisant partie de la CSC, centrale syndicale chrétienne qui est active à Bruxelles, en Wallonie et dans la région germanophone. Lors de son communiqué de presse de la commission mixte 67 du 19 novembre 2019 ils appuient ce point en soulignant que le remplacement des absences devient difficilement

⁹ Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Chiffres-clés.

réalisable, et la récupération des heures supplémentaires est devenue impossible. Le rapport de Belfius (Analyse MAHA 2023 : chiffres 2022 et premières estimations 2023) le confirme par le constat que depuis la crise sanitaire vécue en 2019, le taux d'absentéisme du personnel soignant ne cesse de croître. Les chiffres qui y sont présentés sont en effet assez alarmants et passent de 10.7% en 2021 à 11.2% pour le premier semestre de 2023. Le taux par année se divise en 3 catégories : l'absentéisme de plus d'un an, l'absentéisme de plus de 30 jours - < 1 an et l'absentéisme de moins de 30 jours. Le constat est sans appel, l'absentéisme de plus d'1 an enregistre le score le plus important pour 2021, 2022 ainsi que le premier trimestre de 2023. (Belfius, 2023). De plus, il manquerait 2800 équivalents temps plein en 2022 pour le personnel soignant (Ibidem, 2023). S'ajoute à la liste des constats la diminution du nombre d'étudiants en soins infirmiers qui périlclite le risque de la profession et des hôpitaux pour l'avenir. Les syndicats mettent aussi en garde sur des situations de terrain objectivées telles que la fermeture de nombreux lits. Un article de la RTBF du 03 octobre 2023, notifie que près de 2500 lits d'hôpital sont encore fermés, en Belgique, en raison du manque de personnel (RTBF, 2023). Dans ce même écrit, Pascal Mertens, le directeur général de Vivalia¹⁰ (intercommunale de soins de santé en Belgique), appuie les faits en témoignant : *"la fermeture de lits est une conséquence généralisée de la pénurie de personnel soignant, en particulier du personnel infirmier"*. (Ibidem, 2023)

→ Un recrutement compliqué :

L'Echo (2021) signale que la pénurie actuelle d'infirmiers est aggravée par le manque de nouvelles recrues. En effet, les instituts de formations ne parviennent plus à compenser les départs laissant 6.000 postes vacants (selon la Fédération des Infirmiers) : le manque de relève creuse le déficit de main-d'œuvre. Pour information, le Fonds Blouse Blanche¹¹ créé en 2019 et pérennisé en 2021, visait à encourager la création d'emplois et l'amélioration de la formation des infirmiers en finançant notamment la création nette de postes par un financement de 402 millions d'euros ce qui a été fortement encouragé par la CNE (la centrale nationale des employés) pour soutenir et faire entendre la détresse des infirmiers en Belgique. Malheureusement, ce budget n'aurait pas été principalement utilisé pour recruter du personnel infirmiers par les hôpitaux à cause d'un manque de contrôle, d'une absence totale d'objectifs chiffrés définis sur le nombre de postes à générer, d'une date limite non établie comme

¹⁰ Vivalia, créée en 2008, est une intercommunale des soins de santé en Belgique qui regroupe 44 communes luxembourgeoises, 3 communes namuroises, ainsi que les provinces de Luxembourg et de Namur. Elle comprend près de 1.500 infirmiers.

¹¹ Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2021). Fonds Blouses Blanches.

l'expliquent la RTBF dans son article du 25 mars 2024¹², ou encore Le Soir (2021, 29 août)¹³. La CNE exprime en complément que le rallongement des études sans valorisation, ainsi que le manque de reconnaissance de la profession ne peuvent pas améliorer ce point à l'avenir.

→ **Une diminution de l'accessibilité et de la qualité des soins :**

L'Echo 2021 cite le rapport de la KCE (le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé) de 2019¹⁴, dans lequel il est mis en avant que le nombre maximum de patients par infirmier dans les hôpitaux en Belgique dépasse amplement la norme internationale. En effet, on compte 9,4 patient par infirmier alors que la norme internationale établit un nombre de 8 patients par infirmier stipulant qu'au-delà de ce nombre, la sécurité des patients est compromise.

Dans le rapport de la KCE de 2021 concernant la performance de santé du système belge¹⁵, nous pouvons trouver l'évaluation de la qualité des soins en Belgique pour l'année 2019. Celui-ci nous révèle tout d'abord les 5 indicateurs pris en compte : l'efficacité des soins prodigués, l'adéquation des soins, la sécurité des prestations de santé, la continuité des soins et enfin l'approche axée sur le patient. La soutenabilité du système est analysée à travers sa capacité à être financée de manière durable, à maintenir des infrastructures adéquates et à répondre aux besoins émergents, avec une attention particulière portée à la disponibilité future des professionnels de la santé. En bref nous pouvons voir que :

- La continuité des soins est analysée à travers plusieurs dimensions telles que l'information, la relationnelle, entre l'hôpital et la première ligne de soins, ainsi que la coordination, révélant des performances contrastées et une coordination des soins ambulatoires notée comme "mauvaise".
- L'adéquation des soins révèle des lacunes significatives dans plusieurs domaines, notamment la prévention, les soins aigus, les soins à long terme et les soins aux personnes âgées, affichant souvent des niveaux de qualité inférieurs à ceux de certains autres pays européens.
- L'efficacité des soins de première ligne est mesurée par la capacité à obtenir des résultats souhaités grâce à des services de santé basés sur des preuves, les données montrent des améliorations globales malgré des défis persistants pour mesurer l'expérience du patient par manque de données directes.

¹² RTBF. (25 mars 2024). Fonds Blouses Blanches: Quatre ans après, les infirmiers sont-ils plus nombreux et mieux considérés?

¹³ Le Soir. (2021, 29 août). Coronavirus: le Fonds Blouses Blanches dope les forces dans les hôpitaux.

¹⁴ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (s. d.). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus.

¹⁵ KCE Report 313B.

- La sécurité des soins montre des progrès dans la plupart des sous-indicateurs, bien que certains points ont encore des résultats stagnants qualifiés de "mauvais".
- Le rapport confirme aussi les inégalités socio-économiques et met en avant le fait qu'elles affectent l'accès aux services de santé, notamment en raison de contraintes financières qui limitent l'accès aux soins préventifs et aux dépistages.

→ **Pas ou peu d'améliorations significatives dans les budgets :**

Selon les observations de la CNE, du Setca, de la CGSP et de la CGSLB, les budgets pour les années 2023 et 2024 n'incluent aucune allocation de fonds pour les secteurs sociaux et de la santé (L'Echo, 2021). L'institut national d'assurance maladie-invalidité (2024) le confirme en notifiant que pour l'exercice budgétaire de 2024, la norme de croissance budgétaire a été ajustée, passant de 2,5 % à 2 %, ce qui a entraîné une baisse de l'objectif budgétaire de 169 millions d'euros. Parallèlement, deux corrections techniques d'un total de 225 millions d'euros ont été apportées, mais ces fonds ne sont pas disponibles pour l'allocation. De plus, la moitié des fonds alloués aux mesures de soins de santé appropriés (40 millions d'euros) n'ont pas été réinvestis pour l'exercice 2024. Est observé aussi une réduction à 0 % de la norme de croissance ne laissant donc pas de possibilités de financement pour de nouvelles actions ou de nouveaux projets. Certaines ambiguïtés persistent quant à la disponibilité de certains fonds. Ainsi, les soins de santé sont déjà impliqués dans la tentative de diminution du déficit budgétaire au niveau fédéral.

→ **La difficulté d'entamer des discussions concrètes :**

Les syndicats ont sollicité des discussions avec les ministres concernés, mais déclarent n'avoir obtenu aucune réponse positive à leur requête. La réponse par correspondance du Cabinet du ministre fédéral de la santé (Frank Vandenbroucke) leur a indiqué qu'ils ne pourraient pas promettre d'actions concrètes. Cependant, les différentes revendications seront étudiées, priorisées ainsi qu'évaluées en terme de faisabilité (L'Echo, 2021). L'action a été réitérée le 03 octobre 2023 lors de laquelle les syndicats du secteur des soins de santé ont de nouveau lancé un appel à se mobiliser dans l'intention de tirer une sonnette d'alarme au gouvernement afin de mettre l'accent sur la situation d'urgence quotidienne engendrée par la pénurie de personnel. Pour ce faire, une « to-do list » réalisée par les principaux concernés (les soignants) leur a directement été transmise lors d'un moment décisif : les dernières négociations concernant les budgets 2024. À la suite de nombreuses manifestations, dont celles de janvier et juin 2023, les cabinets du ministre de la santé ainsi que de l'emploi et les délégués se sont réunis. En réaction à cela, le secrétaire national du secteur non marchand à la CNE (Sébastien Robeet) s'exprime : « Nous avons été écoutés, mais toujours pas entendus ! Il faut des décisions » (Le Spécialiste, 2023).

En conclusion, comme l'explique la CNE (la centrale nationale des employés) dans sa contribution aux débats du « Fonds Blouses blanches », c'est un réel cercle vicieux auquel font face les infirmiers en Belgique : « pénurie → dégradation des conditions de travail → dégradation de la qualité des prises en charge, déshumanisation → perte d'attractivité → pénurie → ... » (CSC, 2019, p1).



Analyse de la politique de la santé selon l'angle particulièrement actualisé par les élections récentes (09 juin 2024) des différents partis démocratiques qui disposent d'une représentation à la Chambre :

Nous avons pensé intéressante la démarche de consulter les programmes des partis politiques afin de relever les priorités que ceux-ci pensent accorder aux soins de santé en Belgique. Proposés en vue des élections, ceux-ci doivent être considérés comme des intentions et non pas des décrets d'application. Néanmoins, la place qu'ils accordent à la politique de santé apporte déjà des informations alors que des élections du 09 juin 2024. En annexe 1, nous avons analysé les programmes des différents partis démocratiques avec une représentation à la chambre alors que ceux-ci sont en pleine campagne, ils n'accordent cependant qu'une très petite place aux soins de santé dans leurs programmes.

7. Ce que nous retenons concernant le métier d'infirmier en milieu hospitalier et dans le service des urgences

Ce chapitre a offert une vue d'ensemble approfondie du métier d'infirmier en milieu hospitalier, en mettant un accent particulier sur notre terrain de recherche, le service des urgences, tout en explorant les revendications actuelles des professionnels de santé. À travers une analyse détaillée du fonctionnement et du financement des hôpitaux en Belgique, ainsi que des spécificités du travail des infirmiers, nous avons pu cerner les multiples facettes de cette profession cruciale.

Nous avons tout d'abord examiné le cadre hospitalier en Belgique, avec une attention particulière portée sur la répartition et le financement des établissements de santé. Cette analyse a révélé l'importance du système de financement, qui repose sur une combinaison complexe de budgets alloués en fonction de la performance et de la tarification à l'acte pour certains services médicaux. Ce système a des répercussions directes sur la gestion des ressources et, par conséquent, sur la qualité des soins.

En ce qui concerne le métier d'infirmier, nous avons vu que la profession est marquée par une majorité de femmes, et que les responsabilités et compétences des infirmiers sont clairement définies par la législation belge. Les infirmiers jouent un rôle fondamental dans le système de santé, que ce soit dans les soins généraux ou dans des spécialités telles que les soins intensifs et les urgences. Le service des urgences, en particulier, se distingue par ses exigences uniques en termes de réactivité et de gestion des situations critiques.

Nous avons évoqué le lieu de notre recherche : Les Cliniques universitaires Saint-Luc qui illustrent un modèle hospitalier alliant soins de haute qualité, formation académique et recherche. Ce modèle permet d'améliorer constamment les pratiques de soins et de répondre aux défis posés par la demande croissante et les situations d'urgence.

Enfin, les revendications actuelles des soignants, en particulier dans le contexte de la crise sanitaire et de la pénurie de personnel, mettent en lumière les défis persistants auxquels la profession est confrontée. Les insuffisances de financement, les conditions de travail et la reconnaissance professionnelle sont au cœur des préoccupations des infirmiers, et ces aspects nécessitent une attention accrue de la part des décideurs politiques et des gestionnaires hospitaliers. Cependant, nous pouvons remarquer que ce n'est pas la priorité qu'ils mettent en avant dans leur programme, bien que certains le fassent plus que d'autres.

En conclusion, ce chapitre a non seulement souligné l'importance vitale du métier d'infirmier, mais a également révélé la complexité des enjeux qui entourent cette profession. Pour améliorer la situation, il est essentiel de prendre en compte les défis spécifiques rencontrés par les infirmiers et de travailler à des solutions adaptées qui garantissent un environnement de travail équitable et efficace, tout en assurant une qualité optimale des soins aux patients.

B. Le cadre théorique

1. Introduction

Dans ce chapitre, nous commencerons par expliquer deux concepts essentiels à la bonne compréhension de notre travail : les conditions de travail et la relation patient-soignant. Ensuite, nous présenterons le modèle théorique choisi pour notre recherche, en introduisant son auteur, Karl E. Weick, et en justifiant notre choix de sa théorie, qui, selon nos lectures, correspond le mieux à nos données. Pour respecter fidèlement les concepts, nous avons également consulté des auteurs francophones ou des ouvrages traduits en français qui mobilisent cette théorie. Par conséquent, notre texte contient de nombreuses citations issues de ces divers auteurs. Nous développerons les concepts clés de sensemaking et de résilience organisationnelle et établirons le lien entre eux.

2. Les concepts

2.1 Les conditions de travail

Nous ne pourrions pas aborder la question des conditions de travail sans parler de la notion de travail. En effet, pour aborder les conditions de travail, il faut pouvoir identifier certains aspects du travail et les dissocier de celui-ci comme l'expliquent Gollac et Volkoff (2007) : tant qu'un aspect est intégré au travail, il n'est pas considéré comme une condition de travail. Ces mêmes auteurs expliquent qu'il est important que ce processus se fasse pour identifier les mauvaises conditions de travail et agir, l'améliorer sans pour autant remettre en question le métier. Christophe Dejours s'intéresse à la façon dont les travailleurs vivent et s'adaptent constamment à leur travail, en passant du travail prescrit au travail réel. Le travail prescrit, souvent invisible, correspond à ce qui est formellement demandé, tandis que le travail réel inclut les ajustements et solutions effectués par les travailleurs pour résoudre les problèmes imprévus dans l'exécution des tâches prescrites (Dejours, 1993). L'auteur exprime aussi que la psychodynamique du travail se concentre sur la souffrance au travail et examine comment cette souffrance peut se

transformer en plaisir ou s'aggraver pathologiquement, en fonction des conditions de travail (in Lomellini, 2023).

Concernant les conditions de travail, celles-ci sont perçues différemment selon les époques et les lieux (Gollac & Volkoff, 2007). En effet, Abord de Chatillon, Bachelard et Moscarola (2006) confirment que ce concept est en évolution constante : les conditions de travail actuelles seront significativement différentes à l'avenir. Les auteurs Gollac & Volkoff (2007) soulignent que la structure des attentes sociales est en perpétuel changement. Selon Ghram (2019), c'est souvent par leur impact néfaste sur la santé que les conditions de travail ont été évaluées et, bien que l'accent soit mis sur ce point, il est important de noter que l'aspect psychologique à tout de même très vite été pris en compte. Ce même auteur nous propose une définition la plus complète possible des conditions de travail : « les conditions de travail sont un ensemble de facteurs physiques, humains, matériels et organisationnels liés au travail qui affectent l'activité de travail du salarié et son état dans ses dimensions biologiques, cognitives, sociales et psychiques. » (Ibidem, 2019, p121).

Les auteurs Abord de Chatillon, Bachelard et Moscarola (2006) mettent en avant l'importance de distinguer les conditions de travail dites objectives telles que travailler 50 heures par semaines de la manière dont elles peuvent être perçues subjectivement : est-ce acceptable de travailler 50 heures, ou non. De plus, il existe 2 aspects à prendre en compte : l'aspect tangible des conditions de travail (l'impact est connu et mesurable) et l'aspect intangible lié à l'organisation du travail (les conséquences qui fluctuent en fonction des individus et des situations vécues).

Il est crucial de noter que les conditions de travail évoluent continuellement tout au long de la carrière, ce qui implique que l'ancienneté a un impact significatif sur ces conditions (Abord de Chatillon, Bachelard et Moscarola, 2006), ce que nous pourrions constater dans notre recherche un peu plus tard. L'auteur distingue 3 « types » de salariés : les débutants (caractérisés par une précarité de l'emploi, un travail intense ainsi que des cadences de travail exigeantes), les « intermédiaires » (ceux ayant entre 2 et 10 ans d'ancienneté et font face à des contraintes externes à l'organisation) et enfin les plus expérimentés (confrontés à des conditions de travail physiques, organisationnelles et managériales plus exigeantes) (Ibidem, 2006). Nous n'avons pas repris les mêmes appellations dans notre recherche malgré les points communs avec ce que ces auteurs ont mis en évidence et ceci afin de s'approcher le plus possible des spécificités de nos 11 participants.

Exiga, Piotet et Sainsaulieu (1981) soutiennent que pour comprendre les conditions de travail, il faut les examiner dans leur globalité, en tenant compte de la manière dont chaque individu vit, se conforme, exécute et conçoit son travail. Cela implique de considérer divers aspects tels que les projets personnels et collectifs, les missions, les contraintes, la charge de travail, le rapport de chacun à son travail, et les relations interpersonnelles et de groupe. En analysant ces éléments à la fois individuellement et dans leur ensemble, il est possible de cerner les conditions de travail. Ce processus permet de recomposer toutes les variables, positives ou négatives, et de trouver des solutions adéquates.

Il est important de noter que les conditions de travail influencent le comportement des salariés et que les répercussions sur leurs performances sont réelles (Ghram 2019). Ils ne sont cependant pas les seuls impactés, en effet, les mauvaises conditions de travail ne touchent pas que le travailleur qui les subit ; dans notre cas, les infirmiers ont exprimé que par leurs mauvaises conditions de travail, la sécurité des patients était mise en danger (Gollac & Volkoff, 2007).

2.2 La relation soignant-soigné

Selon Ruwen Ogien (2017)¹⁶, « La relation de soin [...] est une sorte de bouffonnerie sociale où chaque partie (soignants et patients) joue un certain rôle selon un scénario écrit d'avance. Il n'y manque même pas les indications de costume et d'accessoires. Pensez à la blouse blanche du médecin, décontractée, flottante, ouverte à l'avant, décorée d'un petit badge nominatif dont la couleur indique la place dans la hiérarchie hospitalière, qui contraste avec la tunique grotesque du patient, la même pour tous, et ouverte à l'arrière, comme un bavoir géant. ».

Formarier (2007) appuie que la relation avec le patient est un élément central et incontestable dans la pratique des soins infirmiers ; l'attitude relationnelle des soignants joue un rôle crucial dans les activités de soins. Il faut également noter que la notion de soins est inévitablement corrélée à la notion de « prendre soin » (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011).

Le concept de soins repose fondamentalement sur une relation, impliquant deux personnes (sujets). Un véritable soin nécessite une relation où le patient est reconnu comme sujet. C'est cette nature relationnelle qui rend le soin éthique (Vallejo, 2014). Cependant, il ne faut pas oublier que la relation de soin est asymétrique car le soignant est en position de pouvoir. Cette notion d'asymétrie existe car dans cette relation, seul l'une des deux personnes (ici, le soignant), a conscience de certains paramètres ce qui engendre une inégalité (Vigil-Ripoche, 2011). Celle-ci peut être atténuée si le soignant écoute attentivement et respecte le patient, nous y reviendrons plus tard. En équilibrant cette asymétrie, la relation de soin est juste et éthique (Vallejo, 2014). L'aspect éthique du soin est mis en avant par l'attitude de "prendre soin" impliquant une responsabilité pleine, caractérisée par la sollicitude et l'attention portée aux autres (Vigil-Ripoche, 2011).

Comme nous l'avons dit précédemment, le soin engage donc deux personnes mais il consiste aussi avant tout à être présent avec l'autre. Il faut donc vouloir agir : apporter une intention et se tourner vers l'autre, ceci montre un réel engagement, un vrai désir de « prendre soin » qui constitue l'essence même du soin (Vallejo, 2014). Vigil-Ripoche (2011) explique ce concept de « prendre soin », inhérent au métier d'infirmier, qui provient du terme anglais « *care* » englobant deux significations unies : une attitude responsable ainsi qu'empathique dans la relation de soins et une action concrète de soins. En ce qui concerne l'action de prendre soin,

¹⁶ Né à Hofgeismar et décédé à Paris en 2017, Ruwen Ogien était un philosophe français rare représentant du courant de pensée « l'éthique minimale » qu'il a fondé en France. Ses travaux portaient principalement sur la philosophie morale et des sciences sociale. Il a été Directeur de recherche au CNRS en philosophie ainsi que membre du laboratoire « La République des savoirs ». Il confie ses propos lors d'une interview par la journaliste de Libération Cécile Daumas le 10 février 2017.

elle englobe diverses activités visant à répondre aux "nécessités vitales" des patients. Elle requière l'analyse, la compréhension et la satisfaction de leurs besoins. Elle désigne ainsi l'aspect pratique et essentiel du travail de soin (Ibidem, 2011). Concernant la relation entre le soignant et le soigné, la posture liée au fait de « prendre soin » est très importante ce qui nécessite une reconnaissance réciproque et simultanée (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011).

Pour tenter de définir la relation patient-soignant, Formarier (2007), nous propose cette approche qui est de comprendre que la notion englobe une multitude d'interactions ainsi que de relations diverses et variées souvent associées alors qu'il est important de pouvoir les identifier distinctement. Mais qu'est-ce qu'une interaction ? Sorsana (1999) cite Hartup (1988) (in Formarier, 2007), qui la définit comme suit : « des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction. ».

Cette relation soignant-soigné ne peut exister, ni même s'intensifier si le patient ne reconnaît pas l'infirmier comme sujet égal représentant la profession infirmière ainsi que ses valeurs de soin, d'attention, de dévouement et de compétence. Néanmoins, il faut aussi que l'infirmier considère la personne soignée comme sujet de soin pour qu'il y ait une reconnaissance mutuelle. Cette reconnaissance est au cœur de la philosophie infirmière et témoigne d'une perspective humaniste : l'être humain est une fin en soi et pas un simple objet de soins (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011). Selon les mêmes auteurs, c'est en attribuant une place significative à l'autre dans la relation de soin que l'on parvient à équilibrer l'échange entre le soignant et le soigné, initialement perçu comme inégal comme l'a aussi exprimé l'auteur Vallejo (2014), ci-dessus. Formarier (2007) exprime un autre aspect important de la relation soignant-soigné ; le fait qu'elle varie constamment. En effet, chaque rencontre entre un infirmier et un patient est unique en son genre car patient et soignant ont leurs spécificités qui les rendent unique.

Ce même auteur (Ibidem, 2007) nous propose d'identifier les différents types de relations présentes entre les infirmiers et les patients et donc au sein du métier d'infirmier. Ce sont ces différents types de relation que nous avons inclus dans notre guide d'entretien afin de les présenter à chaque participant lors des interviews. Nous retrouvons ainsi :

- La relation de civilité : le rôle du soignant englobe des responsabilités sociales telles que la courtoisie, l'amabilité, la politesse, ainsi que le respect des repères identitaires (comme par exemple la présentation de l'interlocuteur). Il s'agit d'une forme d'interaction essentielle.
- La relation de soins : peut être perçue comme une interaction ou une relation, cette communication représente un échange entre le soignant, le patient et/ou sa famille. Elle se déploie durant les soins techniques ou de confort, se concentrant sur le moment

présent, les actes techniques, les besoins immédiats du patient tels que le traitement, le confort, la gestion de la douleur, le planning des soins et les visites médicales. Elle est principalement axée sur la transmission d'informations.

- La relation d'empathie : elle dépasse l'expression verbale pour englober également les comportements. Les êtres humains communiquent et reçoivent des messages à travers deux processus distincts : cognitif et comportemental. Ainsi, l'empathie représente une attitude active et consciente que le soignant peut manifester envers son interlocuteur, formant ainsi la base d'une relation de confiance. Elle est souvent perçue comme l'approche la plus appropriée dans la relation soignant-soigné.
- La relation d'aide psychologique : relation à visée thérapeutique vise à soutenir les patients et leurs familles face à des situations dramatiques telles que l'annonce de diagnostics difficiles, l'évolution de maladies graves, la fin de vie, les pertes, les souffrances, les maladies chroniques, ainsi que les personnes confrontées à des crises comme la violence, le viol, les crises familiales, le harcèlement, les accidents, par exemple. Chacun, selon sa capacité à faire face, peut avoir besoin d'un soutien psychologique rapide après de tels événements. Cette approche exclut toutefois la relation d'aide utilisée pour les patients souffrant de troubles mentaux, qui se déroule dans un contexte différent.
- La relation thérapeutique : relation d'aide, elle est appliquée auprès de patients souffrant de troubles mentaux ou de dépendances. Son objectif principal est de contribuer à la guérison du patient. Cette approche est intégrée dans un projet de soins thérapeutiques, toujours sous prescription médicale. Les infirmiers travaillant en milieu psychiatrique peuvent être formés pour mener des entretiens thérapeutiques.
- La relation éducative : celle-ci consiste à éduquer un patient sur les soins qu'il doit s'administrer lui-même ou sur de nouvelles habitudes de vie à adopter ou sur un processus de sevrage, par exemple.
- La relation du soutien social : vise le soutien direct que le soignant apporte aux patients mais aussi à leurs familles épuisées par leur « rôle de soignants » vis-à-vis de leurs proches atteints par exemple de pathologies aiguës ou chroniques, de handicaps, de troubles mentaux, de démence sénile, de dépendances, ainsi que de patients en fin de vie.

Formarier (2007) exprime l'importance de notifier que la relation dans les soins n'est pas chose facile même si le soignant le veut profondément. En effet, il fait face constamment à de nombreux dilemmes l'amenant à être tiraillé entre ses valeurs professionnelles (dont ses qualités humaines) et la charge de travail à laquelle il est confronté. Face à cette situation, le choix le plus simple et rapide est de se concentrer sur ses techniques de soins plutôt que sur la relation avec le patient. Brient (2007) parle en complément, d'un autre facteur à prendre en compte et qui impacte négativement la relation humaine pourtant au cœur du métier d'infirmier : la réduction des coûts. Il exprime que les considérations financières des soins de santé ont désormais pris l'ascendant sur les facteurs humains et relationnels. Notre recherche aura aussi pour objet de relever ce que les infirmiers urgentistes nous disent à ce propos.

3. Modèle théorique cadre de notre recherche

3.1 Présentation de Karl Weick et courant (interactionnisme symbolique) dans lequel il s'inscrit

Karl.E. Weick est un auteur américain originaire de l'Indiana, né en 1936 (Koenig, 2017). Cet universitaire s'intéresse principalement à la psychologie ainsi qu'aux dynamiques organisationnelles (Ibidem, 2017). C'est par son ouvrage majeur « The Social Psychology of Organizing » (1979) que l'auteur a permis de mieux comprendre le fonctionnement des organisations et plus spécifiquement par sa théorie innovante du « sensemaking » que nous verrons plus en profondeur ci-dessous (Weick, 2024). Pionnier d'une approche « constructiviste de la réalité organisationnelle », il met l'accent sur les processus plutôt que sur les structures (Laroche, 1996).

Il s'inscrit dans le courant de l'interactionnisme symbolique et selon Laroche et Vidaillet (2013, p16-17) : « L'objet de recherche privilégié par Weick est indissociable de la perspective interactionniste [...] l'interactionnisme symbolique fournit non seulement les concepts fondamentaux de l'approche weickienne, mais également sa visée. Les manières qu'ont les acteurs de s'influencer réciproquement dans leurs interprétations et de façonner les processus d'élaboration du sens constitueront donc un leitmotiv dans l'œuvre de Weick. [...] La sociologie interactionniste s'inscrit dans la tradition spécifiquement américaine du pragmatisme [...] Ce courant de pensée se caractérise tout d'abord par l'importance accordée à l'individu dans une société d'égaux où les différences existent, mais ne sont pas considérées comme figées. Il insiste ensuite sur le fait que l'individu produit son environnement autant qu'il est produit par celui-ci. Il accorde également une grande importance à la nature sociale de l'identité individuelle qu'il conçoit comme un équilibre entre détermination et spontanéité. Il retient aussi le processus comme une catégorie importante et il inscrit ce choix dans une perspective qui rejette les conceptions dualistes opposant l'individu à la société, la pensée à l'action, etc. Enfin, ce courant considère que le « sens commun » est le produit d'une activité continue de communication interpersonnelle. L'interactionnisme [...] se présente comme une alternative critique au modèle fonctionnaliste. Ce modèle, alors dominant, prévoit certes que l'acteur puisse interpréter la situation, mais il réduit cette capacité à la portion congrue. L'acteur peut exécuter des variations autour de normes culturelles et des attentes liées aux rôles, mais à condition de s'y conformer. ». En bref, le déterminisme et tout ce qui est amené à fonctionner tout le temps de la même manière laisse place à l'imprévisibilité de l'action quelles qu'en soient les règles établies.

3.2 Justification du choix de cette théorie

Cette recherche vise à appréhender l'impact des conditions formelles de travail des infirmiers au sein d'un service d'urgence sur leur quotidien de travail (les pratiques de soins concrètes) et la relation « Soignant - Soigné » que nous appellerons « patient-soignant » dans ce travail.

À propos de la première dimension, en nous appuyant sur les propos de Vassy (2004, p68), il convient de poser le constat que « l'activité se caractérise par l'irrégularité de la quantité et de la nature du travail à effectuer », ce qu'il convient donc de nommer une variabilité des flux

généralisant une imprévisibilité significative des paramètres constitutifs de l'environnement social en question comme c'est bien le cas sur notre terrain étudié : le service d'urgence.

En ce qui concerne la deuxième dimension, nous pourrions rejoindre les propos de Formarier (2007, p34) énoncés en ces termes : « La relation dont il est question ici relève du champ professionnel ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes [...] Mais en réalité, aucune situation relationnelle n'est identique [...] dans une approche systémique, on ne peut plus avoir une vision unidirectionnelle, statique de la relation et se contenter d'un modèle linéaire basé sur le schéma émetteur-récepteur. Il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement. Les relations de soins ne relèvent pas du hasard [...] elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée. Les relations soignants-patients-familles sont donc à la fois codifiées et imprévisibles ». En effet, le travail quotidien de l'infirmier aux urgences ainsi que les relations patient-soignant sont en constante évolution et dépendent des individualités qui les composent ainsi que des conditions de travail dans un contexte d'imprévisibilité.

Aussi, sur base de ce trait commun, à savoir l'imprévisibilité frappant tant le domaine des pratiques de soins que l'aspect relationnel intimement lié à celles-ci, notre étude aura davantage pour finalité de s'approprier l'option que Foucart (2015, p37) circonscrit en ces termes : « la nécessité de s'interroger sur les processus par lesquels des situations de travail difficiles, voire impossibles à tenir, deviennent acceptables ». Comme l'affirment Benallah & Domin (2017, p7) « l'organisation du travail à l'hôpital répond à certains impératifs d'égalité d'accès et de continuité des soins, qui en font un secteur d'activité particulièrement contraint du point de vue des conditions de travail. Elles y sont physiquement exigeantes et les personnels du secteur sont surexposés à certaines contraintes potentiellement pathogènes. ». Et pourtant, tout laisse à penser que l'organisation sociale tient envers et contre tout comme c'est le cas dans les hôpitaux et particulièrement aux urgences.

De plus, selon Tahri & Elkadiri (2016, p73) « Dans un contexte de changement organisationnel, le personnel est plus que jamais confronté au risque de perte de sens au niveau du travail, des nouvelles missions et rôles qu'on lui a attribués, des relations sociales qu'il entretient avec autrui. Vivre un changement organisationnel implique une perte de contrôle suivi, d'abord d'une recherche de contrôle, ensuite d'un regain de contrôle. Entre perte et reprise de contrôle ou de sens du travail, lorsqu'un individu considère que son travail n'a pas de sens, son bien-être est considérablement remis en cause, ce qui va à l'encontre de la performance de l'entreprise ».

Nous choisissons de placer la question du sens du travail au centre de notre cadre analytique. Les données exploratoires, issues de la littérature et des entretiens semi-directifs sur le rapport au travail, nous permettent de formuler l'hypothèse que les infirmiers en service d'urgence hospitalier maintiennent la stabilité organisationnelle grâce à un processus de création de sens. Face à des événements imprévus, déstabilisant l'environnement organisationnel, ces interactions peuvent être vues comme une forme de « résilience organisationnelle », évitant

l'effondrement de la structure sociale interne du service d'urgence. Ce phénomène sera analysé en détail dans le point consacré à la résilience organisationnelle.

Moriceau (2019, p98) le confirme lorsqu'il déclare que : « Cette activité par laquelle nous donnons du sens à une œuvre ou à un événement et nous ajustons mutuellement pour en construire ensemble une interprétation est ce qui fait de nous une organisation [...] Une organisation qui est constamment en train de se faire et de se défaire autour de ces mécanismes de création de sens [...] vouloir « faire sens » de ce qui arrive est notre principal moteur, la sève principale qui anime nos organisations, ce qui conduit nos interactions, ce qui fait que nous continuons à avancer [...] Le sens, c'est ce qui nous permet de continuer à agir, ce qui permet à l'organisation de faire corps. [...] Sens et action sont les deux faces d'une même dynamique. »

L'auteur (Ibidem, 2019, p98-99) ajoute que : « L'individu n'a pas d'abord à assumer du sens de la situation pour définir comment agir. Il est toujours déjà pris dans une interaction avec les autres ; il observe leurs comportements, répond à ceux-ci, qui eux-mêmes répondent à ses propres comportements, et ce faisant construisent et déconstruisent le sens partiel de ce qui se passe. Il leur faut assez de sens pour pouvoir continuer à agir. Le sens défini, formulé, étiqueté ne viendra qu'après, dans une formulation a posteriori. ».

En bref, concernant notre recherche, nous observons que les infirmiers urgentistes face à des conditions de travail problématiques agissent dans l'intérêt de l'humain qu'ils soignent, tout en tentant de donner sens à ce qui survient, d'y réfléchir à nouveau en essayant de réinterpréter les situations auxquelles ils ont été confrontés. Ceci constituera un référentiel nouveau mobilisable dans des situations analogues.

Ce qui nous a particulièrement captivés dans la théorie de Weick, c'est sa pertinence pour répondre à un problème de longue date dans le secteur des soins de santé en Belgique, en particulier dans les milieux hospitaliers et plus spécifiquement dans les services d'urgence. Le contexte actuel concernant le malaise du secteur des soins de santé développé ci-avant a montré que les hôpitaux souffrent de sous-financement chronique, de pénuries de personnel, et que les conditions de travail des infirmiers sont extrêmement exigeantes. Cependant, et comme l'évoquent Laroche et Vidaillet (2013, p12) « Ce n'est pas à l'organisation que s'intéresse Weick, mais aux processus au travers desquels la réalité organisationnelle (organizing) prend forme ou s'effondre [...] c'est la question de l'élaboration du sens du sensemaking au sein des organisations, en particulier des processus par lesquels les acteurs s'influencent réciproquement dans leurs interprétations et construisent ainsi du sens qui est centrale. ». Alors que nous pourrions penser que le service des urgences est en effondrement de sens absolu dû à ce constat de carences multiples et que les actions de rebondissement ne sont plus possibles Weick propose alors de se pencher sur l'organisation résiliente. Donc notre recherche visera à analyser si les infirmiers urgentistes permettent à l'organisation d'être résiliente en trouvant des solutions aux problèmes de celle-ci.

3.3 Le cadre analytique de Weick : le sensemaking

Ce cadre (sensemaking) comprend 3 niveaux d'analyse dont 2 qui concernent notre étude. En effet, le troisième niveau mobilisant la théorie de la fiabilité organisationnelle concerne l'analyse de la dimension macrosociale de type industrielle ou d'entreprise de grande envergure. Ce qui est le cas des cliniques universitaires Saint-Luc. Cependant, nous en analyserons un seul service, celui des urgences. Les deux niveaux d'analyse que nous mobiliserons donc sont : l'analyse du comportement individuel (qui comprend trois phases) et l'analyse organisationnelle par les comportements qui comprend la résilience organisationnelle qui se déploie dans quatre stratégies.

3.3.1 La notion de changement :

Cette notion est très importante dans la théorie de Weick car l'auteur dit que le changement est une composante essentielle d'une organisation, tout comme la création de sens (Weick, 2024). Nous pouvons dire que la notion de changement peut provoquer un effondrement de sens que ce soit dans l'analyse du comportement individuel autant que dans l'analyse organisationnelle (résilience). Il sera alors question de «[...] la capacité de l'organisation et des individus à créer des fenêtres de sens par lesquelles ils se donnent les moyens d'agir. Ainsi [...] la notion de changement est une composante intrinsèque d'une organisation, au même titre que la création de sens [...] Il avance l'idée de renforcer la résilience d'une entreprise pour faire face aux imprévus. [...] Weick avance l'idée d'un changement par variation, sélection et rétention des réponses les plus appropriées [...] le changement se construit sur le terrain dans les interactions entre individus en fonction de leur perception d'écarts et leur capacité à interagir. » (Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas, 2018, p95 & 97).

3.3.2 Le sensemaking :

Nous avons choisi les auteurs Mouhli et Paturel (2019) qui expliquent que le sensemaking, selon Karl Weick, est le processus par lequel les individus interprètent des expériences complexes et ambiguës pour en donner du sens. Il s'agit de structurer le flux d'informations afin de comprendre les événements et de déterminer les actions à entreprendre. Ce processus est crucial dans les organisations, particulièrement en période d'incertitude ou de crise.

En effet, selon Laroche in Saussois (2016, p83) : « La fabrication du sens est le processus qui consiste, pour ceux qui participent à une action, à élaborer des réponses à deux questions essentielles : « que se passe-t-il ? Que faut-il faire ? [...] Selon Weick, l'importance de la fabrication du sens vient de ce que, pour les participants à une action, il est toujours problématique de rester « au contact » du monde. Ce contact [...] est fragile et ambigu. Il peut à tout moment se révéler illusoire et déboucher sur une action inadéquate [...] ou sur une rupture, un effondrement [...] qui laisse les membres de l'organisation sans ressources. La raison en est que le monde ne nous est pas extérieur ; le monde dans lequel nous agissons est construit par nos actions. [...] Ce processus de construction sociale de la réalité est désigné par Weick sous le nom d'enactment. Divers essais de traduction ont été proposés : mise en scène, activation, promulgation, mais on peut aussi franchiser le terme et parler d'énaction et d'un monde énéacté. ».

Comme l'exposent Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p95) : « le sens n'est pas construit avant l'action mais pendant l'action. Ainsi, en s'intéressant à l'action organisante, Weick (1979) montre que les individus sont projetés dans un flux ininterrompu d'interactions au cours desquelles ils construisent le sens de ce qu'ils font, à partir de ce qu'ils perçoivent des situations [...] le changement résulte de la capacité de l'organisation et des individus à créer des fenêtres de sens par lesquelles ils se donnent les moyens d'agir [...] les individus ne sont plus des ressources placées dans un processus avec une visée projective bien établie, mais des vecteurs de construction et de diffusion du sens [...] cette logique projette l'individu dans le monde aux travers des interactions auxquelles il participe de manière plus ou moins consciente et désirée. Elle l'oblige à débattre avec l'autre, lui permettant simultanément de participer au collectif en construisant du sens de manière rétrospective ».

A) Analyse du comportement individuel (ASR)

Ce modèle permet d'analyser le comportement d'un individu selon trois phases. Tout d'abord, selon l'activation (variation) : en cas de perte de sens et si une situation est imprévue, l'individu va s'activer et va agir. Dans un deuxième temps, la phase de sélection va permettre que suite à l'action menée une série d'interprétations seront mobilisées parmi celles-ci, la personne pourra trier et faire le choix le plus adéquat conduisant à un comportement. Troisièmement, la rétention l'action mobilisée antérieurement est stockée en mémoire et pourra être réactivée dans une situation semblable.

Selon Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p97), « Weick propose le modèle ASR (Activation, Sélection, Rétention) pour expliquer les évolutions intra-organisationnelles, inscrivant l'organisation dans un processus d'échanges réciproques entre elle-même et son environnement. Les changements (qualifiés de changements écologiques selon Weick) se produisent dans l'environnement des individus. Ils vont les placer en face d'une contrainte exigeant une adaptation. Certaines de ces situations vont retenir l'attention des personnes et vont donner matière à un travail d'interprétation collective. Les changements écologiques fournissent donc une partie de la matière première qui va servir de substrat à l'élaboration du sens. L'expérience passée au cours de laquelle certains changements écologiques ont déjà été interprétés fournit le reste de cette matière première. [...] la vie sociale peut être envisagée comme un processus continu d'échanges, d'interprétations et d'adaptations mutuelles. Les évolutions sont continues, graduelles et fixées par l'action des acteurs. Le changement se réalise sans rupture brutale. Les notions de changement et de transformation sont alors pensées comme des construits collectifs par les acteurs de terrain dans une logique de fabrication inductive. »

→ Phase « Activation de l'environnement » (Enactment) :

L'enactment intervient dans le modèle ASR et dans l'étape d'activation ou l'individu se construit également par l'influence que l'environnement a sur lui, le modifiant à son tour. Laroche et Vidaillet (2013, p23) précisent cet élément : « la notion d'enactment conduit à considérer la réalité extérieure comme une production sociale des membres de l'organisation. L'enactment consiste, pour une part, à délimiter une fraction du flux d'expériences que connaît l'organisation et à attirer l'attention sur cette portion ; l'autre facette de l'enactment concerne

l'action. Celle-ci peut être cantonnée à l'intérieur de l'organisation, mais très souvent elle contribuera à façonner le monde extérieur. Le cycle de l'enactment est alors le suivant : certaines variations de l'environnement sont privilégiées par les acteurs. Les phénomènes ainsi sélectionnés donnent matière à un travail d'interprétation collectif. Des actions sont engagées qui ont des conséquences visibles dans le monde, et les changements écologiques ainsi introduits sont susceptibles d'influencer ultérieurement les membres de l'organisation et les comportements de celle-ci. »

Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p97) précisent : cette phase « [...] permet, face aux changements écologiques, soit de se rapprocher d'un sens déjà connu en délimitant une fraction de flux d'expériences que connaît l'organisation et d'attirer l'attention dessus, soit d'entreprendre une action qui provoque un changement écologique susceptible d'influencer l'activité ultérieure de l'acteur, ainsi que son comportement. [...] en procédant à une activation, les acteurs cherchent à réduire l'incertitude en attirant l'attention sur certains phénomènes. L'action qui s'en suit modifie l'environnement, influençant ainsi indirectement la conduite ultérieure de l'organisation. L'activation est donc un processus en boucle qui permet de considérer l'environnement comme une production sociale. »

→ **La sélection :**

Pour les mêmes auteurs (Ibidem, p98), « la sélection s'opère [...] sur diverses interprétations. [...] les situations produisent de l'équivocité. [...] renvoie à l'existence d'interprétations multiples pour une même situation. En présence d'une situation perçue comme peu équivoque, les individus auront tendance à puiser leurs interprétations dans un répertoire connu et codifié. Dans le cas contraire, les individus vont entrer dans des cycles d'interactions visant à réduire cette équivocité. Le processus de sélection permet donc de réduire l'équivocité en donnant aux situations une forme. »

→ **La rétention :**

Celle-ci, « consiste à stocker les nouveaux segments d'expérience (activées et interprétées) pour servir à nouveau à des actions et des interprétations ultérieures. » (Ibidem, p98).

B) Analyse organisationnelle (résilience) : 4 stratégies

→ **Improvisation et bricolage :**

Quand le changement survient, se pose la question du que fait-on, les personnes inventent une nouvelle manière de s'organiser, de travailler.

Selon Estagnasié, Vacquez et Bonneau (2022, p110), il sera question « [...] d'explorer les capacités humaines et organisationnelles dans le déploiement du travail et des quatre sources de résilience organisationnelle [...] l'improvisation, le bricolage, le système des rôles virtuels, l'interaction respectueuse, la sagesse comme attitude » en guise de grille d'analyse des données collectées relatives aux pratiques quotidiennes du personnel soignant et du sens qu'il donne à celles-ci. Plus spécifiquement lorsque cette population est confrontée au concept que Weick (1985) nomme « épisode cosmologique » pour qualifier ce moment, c'est-à-dire un instant où

les individus ne perçoivent plus le monde comme un système ordonné et rationnel [...] Un épisode cosmologique pourrait être qualifié de « vu jaded », néologisme pour désigner l'inverse du déjà-vu », nous y reviendrons.

Selon Estagnasié et al. (2022, p112) : « Weick identifie quatre sources de résilience des organisations : L'improvisation et le bricolage (ne pas se replier sur les réponses habituelles même sous la pression) ; les systèmes de rôles virtuels : le système de rôles, même lorsqu'il n'est plus opérationnel dans la réalité, demeure intact dans l'esprit des individus ; la sagesse comme attitude : savoir être curieux, ouvert, aborder de nouveaux domaines complexes, savoir douter de ses connaissances ; l'interaction respectueuse : la confiance, l'honnêteté et le respect de soi. »

Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p100) précisent ces propos comme suit : « Le premier facteur de résilience fait référence au bricolage et à l'improvisation. [...] pour Weick ; un individu confronté à une situation nouvelle, source de stress, a tendance à se replier sur des réponses qui lui sont habituelles. Or, pour sortir de cette situation, il est au contraire important de pouvoir faire preuve de créativité et savoir « bricoler » [...] (de) détourner un objet, un instrument, une idée, une institution etc. de leur système de référence et de leur finalité propre, pour les intégrer dans un système nouveau et leur donner une finalité nouvelle [...] Ainsi, sous la pression, les bricoleurs restent créatifs, précisément parce qu'il leur est habituel d'agir dans des conditions chaotiques et d'en extraire un certain ordre [...] Weick préfère toutefois parler d'improvisation, [...] L'improvisation intègre, en effet, l'idée de construction et d'invention voir de révolution et non pas simplement l'idée d'arrangement comme le suggère le bricolage. »

→ ***Panoplie de rôles virtuels :***

Il est question de changement de rôle par exemple dans une équipe quand les personnes n'assument pas leur rôle, quelqu'un doit y pallier en assumant les rôles absents pour ne pas que l'organisation s'effondre.

Ce facteur Roux-Dufort (2017, p4) l'explique comme suit : « L'identité est, pour Weick, un concept important pour comprendre les processus de construction de sens et la capacité de devenir résilient. [...] les processus de construction de sens sont profondément ancrés dans la construction de l'identité. [...] Les individus présentent plusieurs besoins au regard de leur identité. D'abord, celui de maintenir un état affectif et cognitif-positif, de se sentir compétent et efficace et surtout de sentir et d'expérimenter la cohérence et la continuité. [...] la construction du sens leur sert à maintenir une conception d'eux-mêmes qui soit positive et consistante. [...] Weick suppose que l'individu, pour se connaître, a besoin de projeter son identité dans un environnement pour observer les conséquences. Son identité est donc aussi le produit des interactions entre les hommes. La notion de rôle prend alors toute son importance. [...] l'identité selon Weick est faite d'une multiplicité de « soi » entre lesquels les individus circulent. Ce qui est important, c'est la variété de rôles à laquelle les hommes ont accès. Plus la gamme de rôles accessibles est large (c-à-dire « la variété requise ») plus la capacité d'adaptation et de compréhension d'un environnement sera importante. [...] Il faut être capable d'être plusieurs personnes en même temps et de changer de rôle très vite. ».

L'identité et la construction du sens sont étroitement liées, car il semble essentiel que ces deux notions soient en adéquation, selon Weick, pour passer d'un rôle à un autre plus adapté selon le contexte dans lequel l'homme évolue, ce qui le confronte ultimement à lui-même. Classiquement, l'action organisée est donc stabilisée, coordonnée par le système de rôles préétablis (relations hiérarchiques etc.) ébranlé par la survenue d'un changement. C'est ce que Weick nomme « l'effondrement ». L'organisation peut néanmoins être maintenue dans la mesure où les individus reconstituent mentalement un « système de rôles virtuels » se substituant au premier. C'est ce processus que Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p101) évoquent en ces termes : « chaque personne devient un groupe [...] chaque personne peut reconstituer le groupe et prendre en charge les rôles qui sont vacants, en assurer les activités correspondantes, et en fournir une version crédible [...] les individus doivent penser qu'ils sont en mesure de les (rôles) remplir ».

→ ***La sagesse comme attitude :***

Il ne faut pas entendre cette stratégie au sens des options philosophiques ou morales véhiculées par l'organisation, mais bien de l'individu qui ne va pas se baser sur une certitude des éléments préétablis (envers les informations accumulées et autres croyances, valeurs, connaissances) mais bien qui va le faire douter d'abord ce qui le conduira à innover et lui permettra de développer ses compétences.

Estagnasié, Vaquez et Bonneau (2021, p112) le définissent comme suit : « [...] la sagesse est une attitude plutôt qu'une compétence ou qu'un corps d'information. [...] les personnes faisant preuve de sagesse savent qu'elles ne comprennent pas tout ce qui est en train d'arriver, puisque le moment est inédit, et ne cèdent ni à l'extrême confiance ni la prudence excessive [...] la sagesse comme attitude consiste en une ambivalence entre présent et passé : l'expérience est nouvelle, mais aussi chargée d'expériences passées. ». Il s'agit en somme d'une tendance à douter de leur capacité à comprendre pleinement une situation contextuelle spécifique et à accepter que l'ignorance et la connaissance sont intrinsèquement liées. Cette posture incite l'individu à adopter une curiosité expérientielle.

→ ***Interaction respectueuse :***

Il sera question ici dans cette stratégie, de pouvoir se coordonner entre acteurs afin de construire ensemble un sens nouveau et des actions nouvelles.

Selon Estagnasié, Vaquez et Bonneau (2021, p113) l'interaction respectueuse « dépend de l'intersubjectivité, qui émerge des échanges de sens, et de la transformation du soi durant l'interaction. Karl Weick précise que la seule forme d'interaction qui maintient l'organisation est celle de l'interaction en face à face. »

Et Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas (2018, p102) précisent que : « Cette intersubjectivité se manifeste lors des échanges entre individus, alors que ces derniers font la synthèse de leurs interprétations. Ce travail de synthèse transforme les individus qui y participent, de façon à développer une subjectivité conjointe (une synthèse des interprétations conjointes). [...] cette transformation [...] ne peut s'opérer sans les autres. Ce sont eux qui vont

faciliter la construction sociale. Le partenaire est donc essentiel dans la construction de sens car il représente une seconde source d'idées. Il augmente ainsi l'éventail des données prises en considération et renforce l'indépendance de jugement face à la majorité. » Nous percevons, dès lors, que ce facteur se base sur la confiance, l'honnêteté, le respect de soi.

3.3.3 Lien entre le sensemaking et la résilience

Le processus de sensemaking est essentiel pour la résilience organisationnelle car il permet aux membres de l'organisation de comprendre rapidement ainsi que de manière cohérente les événements en cours. Une interprétation correcte et partagée des situations critiques permet de coordonner efficacement les actions de réponses (Universités O. M. P. D., 2021). La résilience organisationnelle, soutenue par un processus efficace de sensemaking, permet aux organisations de maintenir leur fonctionnement et d'assurer la continuité de leurs opérations malgré les perturbations (Frimousse & Peretti, 2021).

4. Ce que nous retenons du modèle théorique cadre de notre recherche

Pour conclure, Karl E. Weick, par son travail novateur sur les dynamiques organisationnelles et la psychologie, a ouvert de nouvelles perspectives pour comprendre le fonctionnement des organisations. Sa théorie du "sensemaking" met l'accent sur les processus d'élaboration de sens au sein des organisations plutôt que sur leurs structures formelles. Cette approche souligne l'importance des interactions humaines et des processus continus de communication dans la formation de la réalité organisationnelle. Weick démontre comment les acteurs au sein des organisations influencent et façonnent réciproquement leurs interprétations du monde, en insistant sur l'imprévisibilité et la nature évolutive des actions humaines. Il propose ainsi une vision de l'organisation comme une entité dynamique, toujours en transformation par le biais des interactions sociales.

En étudiant les conditions de travail des infirmiers dans les services d'urgence, notre recherche mobilise les concepts clés de Weick expliqués ci-dessus pour analyser comment les professionnels de santé naviguent et donnent sens à un environnement hautement imprévisible. L'approche de Weick permet de mieux comprendre comment ces professionnels construisent du sens à partir de situations chaotiques et comment leurs actions contribuent à la résilience organisationnelle. Cette perspective est cruciale pour saisir les mécanismes par lesquels les infirmiers maintiennent la stabilité et l'efficacité des services d'urgence, malgré les contraintes et les défis quotidiens.

En somme, la théorie du sensemaking de Weick, avec son accent sur l'importance des processus interactifs et de la construction sociale de la réalité, offre un cadre pertinent pour explorer et comprendre les dynamiques organisationnelles dans des contextes complexes et imprévisibles comme c'est le cas dans le domaine hospitalier et plus particulièrement au sein d'un service d'urgence. Ce cadre analytique est central pour notre étude, permettant d'examiner en profondeur comment les infirmières en service d'urgence élaborent des réponses adaptatives face aux défis de leur environnement de travail.

C. La méthodologie

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi l'analyse qualitative comme méthode pour notre sujet de mémoire car nous souhaitons récolter un maximum d'informations fines à partir de ce que pense chacun des infirmiers interrogés. Imbert (2010) nous informe d'ailleurs que cette méthode est tout particulièrement adaptée aux recherches dans le domaine de la santé, entre autres et notre recherche tentera de dépasser les lieux commun bien décrits dans le contexte et de dégager les idées non connues du citoyen lambda. En effet, lorsque nous posons les questions relatives aux conditions de travail et de la relation patient-soignant, c'est au cœur des explications concrètes et plus complètes que nous pourrions dépasser les attendus. Nous souhaitons pouvoir, avant tout, établir un dialogue où chaque personne interviewée peut librement exprimer ses idées, ses ressentis, sa façon d'appréhender les choses à partir de son quotidien d'infirmier. Selon Kohn et Christiaens (2014), l'engagement dans la recherche qualitative suppose une orientation vers l'exploration de la réalité sociale plutôt que la recherche de réponses irrévocables. La force des données qualitatives réside dans leur proximité avec le sujet étudié, leur richesse, leur caractère holistique et leur capacité à expliquer en profondeur les processus (Miles & Huberman, 2007).

Certaines caractéristiques essentielles définissent la méthode qualitative et Cresswel (1998. p14) nous propose : « Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage ».

Nous collecterons les données par le biais d'entretiens semi-directifs individuels car cette technique permet une réponse plus libre des participants.

2. Guide d'entretien

Afin de réaliser les entretiens semi-directifs, nous avons construit le guide d'entretien (comprenant différentes questions ouvertes). Au contraire des entretiens directifs, nous avons souhaité laisser une plus grande liberté aux répondants dans la structure des réponses, dans la direction générale de l'entretien, dans l'ordre des questions composant le guide d'entretien et comme le conseille Imbert (2010), nous sommes partis de questions plus générales vers les plus spécifiques et nous n'avons pas voulu que les questions suivent forcément une structure définie. Nous avons également souhaité laisser une place à l'imprévu et à la possibilité de reformulation en cas de non-compréhension. Kaufmann (in Cardon, 1996) suggère que l'enquêteur doit s'impliquer de manière empathique et personnelle pour obtenir des informations riches et significatives, en utilisant une approche flexible et réactive basée sur les interactions en cours. Ce même auteur soutient que l'entretien compréhensif, grâce à sa familiarité et à la confiance établie entre l'enquêteur et l'enquêté, permet de dépasser la superficialité des entretiens traditionnels pour révéler la véritable personnalité cachée derrière les rôles sociaux. Les questions viseront à recueillir de quoi mesurer l'impact des conditions de travail sur le quotidien des infirmiers urgentistes et sur la relation patient-soignant.

Les premières questions concernant les conditions de travail sont rédigées de façon généralistes afin de voir les représentations des participants au sujet de celles-ci sans les influencer. Une fois que nous avons relevé les conditions de travail qui leur semblaient spontanément plus problématiques dans leur métier aux urgences, nous avons affiné nos questions à l'aide d'éléments théoriques. Comme pour la question 5 relative aux conditions de travail sur base de l'étude d'Estryn-Béhar et al (2010) où nous avons tout d'abord construit un tableau afin que chaque participant puisse classer les conditions de travail telles qu'elles apparaissent dans l'étude mais selon qu'elles impactent plus (en numéro 1) ou moins (en numéro 8) leurs conditions de travail (voir annexe 4). Ce qui permet de recueillir leur propre perception. En effet, ces auteurs présentent une étude longitudinale qui met en évidence les facteurs clés distinguant les soignants qui sont restés dans leur poste ("restants") de ceux ayant quitté leur emploi ou la profession infirmière ("partants"). Cette étude identifie les risques associés au départ anticipé et explore les différentes conditions de travail en comparant les soignants présents dans leur établissement un an après avec ceux ayant décidé de quitter leur emploi ou même le secteur infirmier. Ou encore la question 7 qui concerne la relation présente au sein du métier d'infirmier. Nous avons utilisé l'étude de Formarier (2007) pour identifier les types de relations présentes au sein de la profession infirmière. Nous avons ensuite demandé à chaque participant de les classer de nouveau de 1 à 7, en fonction de l'impact de ces relations sur leurs conditions de travail, où 1 représentait l'impact le plus élevé et 7 le moins élevé (voir annexe 5).

La fin de notre guide d'entretien comprend les questions d'identité basée sur les tranches d'âge, le sexe, les années d'ancienneté de chacun; informations nécessaires mais travaillées de sorte à respecter l'anonymat de chacun.

Ensuite, il a été nécessaire de vérifier que les questions prévues dans notre guide d'entretien ne soient pas trop longues (durée approximative entre 35 et 55 minutes) et que les consignes soient bien comprises au sens de notre recherche. C'est pour cela que nous avons organisé deux entretiens pré-test avec des infirmiers d'un autre hôpital aux caractéristiques semblables travaillant, eux aussi, aux urgences. Comme l'expliquent les auteurs Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022), cette étape est très importante car elle permet de s'assurer de la faisabilité de notre travail : il faut prendre en compte certaines difficultés auxquelles les chercheurs n'auraient pas pensé spécifiquement. Ces deux essais nous ont permis d'effectuer les dernières modifications afin que le guide d'entretien soit bien clair pour chacun selon la réalité de leur terrain. Nous avons à l'issue de ce prétest supprimé une question redondante car nous avons observé que les participants apportaient la même réponse aux deux questions. Nous avons réorganisé les deux tableaux en clarifiant les propositions plus synthétiquement afin que chaque participant puisse effectuer une classification de celles-ci sur base d'une compréhension identique de la théorie proposée par les auteurs.

3. Constitution de l'échantillon

Nous avons tout d'abord réfléchi à la sélection la plus pertinente des participants selon notre question de recherche. En effet, lors d'entretiens qualitatifs, le nombre de personnes à questionner est plus limité car les réponses seront plus souvent ouvertes, permettant de récolter

des expériences, des avis affinés, des exemples concrets de terrain plus développés. Procéder de la sorte, comme le soulignent les auteurs Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022) permet d'éviter au maximum d'influencer les participants dans leurs réponses. D'après les mêmes auteurs, qui font référence à des témoins privilégiés possédant une compréhension approfondie du sujet en raison de leurs compétences, activités et position nous avons opté pour des participants qui font directement partie de la population étudiée : les infirmiers d'un service d'urgence. S'est alors posée la question de trouver quel serait l'hôpital spécifiquement sélectionné. Nous avons choisi de contacter des hôpitaux de plus grande taille afin que le service des urgences puisse comporter un grand nombre de personnel infirmier. En effet, lorsque des personnes sont sollicitées pour participer à une recherche, toutes ne vont pas spécialement répondre positivement et pour que notre recherche soit valide, un nombre minimum de répondants était nécessaire. Nous avons ensuite défini la zone de Bruxelles car plus proche du lieu de nos études et avons reçu assez rapidement une réponse des Cliniques Saint Luc, intéressée par notre sujet. Les démarches administratives, d'autorisations et académiques étant par la suite effectuées, nous avons pu réfléchir à constituer notre échantillon car questionner la population totale n'est pas envisageable dans le cadre d'un mémoire de type qualitatif. Notre souhait étant d'interviewer des personnes selon leur degré d'ancienneté, l'âge y étant souvent proportionnel pour nos 11 participants.

A partir du listing du personnel infirmier des urgences fourni par l'infirmière cheffe adjointe du service, les personnes ont reçu la demande de participation à notre recherche via un mail (voir annexe 2) expliquant notre démarche de chercheur, et en quoi cela consiste pour eux. Il leur est communiqué la manière de signaler leur participation ou pas en réponse au mail. Il s'est avéré très difficile d'obtenir des réponses à la demande d'entretien (qu'elles soient positives ou négatives). En effet, les auteurs Marquet, Van Campenhoudt & Quivy, R. (2022), avaient mis en lumière que cette étape pouvait comporter de la réticence. De nombreuses relances ont été nécessaires afin d'obtenir des retours concrets.

Finalement, 11 personnes ont répondu positivement et participé aux entretiens, équilibrant les facteurs d'ancienneté et expérience de terrain. Le nombre est impair car nous avons souhaité interviewer toutes les personnes qui ont répondu positivement à notre demande de participation d'enquête, ce qui pose moins de problèmes dans le cas d'une analyse de type qualitative. D'autant plus que celle-ci ne se réduit pas à sélectionner des verbatims ou de reprendre l'une ou l'autre idée qui nous marque le plus. Nous avons voulu privilégier au maximum l'objectivité du chercheur dont le domaine n'est pas inconnu, en reprenant les informations reçues selon la comptabilisation du nombre d'idées évoquées et leur récurrence. Nous sommes bien sûr restée attentive à cette caractéristique de nombre impair durant notre travail.

4. Réalisation des entretiens semi-directifs et retranscription des données

Afin de faciliter l'organisation personnelle des 11 participants, il a été décidé d'effectuer les entretiens directement sur place, dans le service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc. Un seul entretien a été effectué via Microsoft Teams à la demande de la personne interviewée qui ne parvenait pas à l'organiser en présentiel mais qui tenait à participer à notre étude. Les horaires des soignants n'étant pas classiques ou bureaucratiques, nous nous sommes

adaptés à leurs réalités professionnelles en nous rendant sur place à leur demande. En effet, les infirmiers qui avaient accepté la démarche devaient soit venir une petite heure avant leur garde ou rester une petite heure après celle-ci car en prestant leur horaire de travail, ils n'ont pas de pause prévue, sans compter que leurs horaires changent fréquemment.

Nous avons ainsi veillé à instaurer un climat propice à une démarche d'entretien, en privilégiant la confiance mutuelle, la garantie de confidentialité, en remerciant chaque personne et en leur offrant du chocolat (démarche fortement appréciée, détendant directement l'atmosphère). En effet, la relation de confiance établie dans l'interaction est cruciale car elle conditionne la richesse et la qualité des données collectées (Imbert, 2010). Nous nous sommes également assuré que pour chaque entretien, nous serions dans une pièce isolée et calme. Cet aspect n'a pas toujours été facile à gérer, malgré nous, au vu du terrain de recherche. Il est malheureusement arrivé quelques fois que nous ayons été brièvement interrompus (nous développerons ce point plus en détail lors de l'analyse).

Comme l'expliquent les auteurs Marquet, Van Campenhoudt & Quivy (2022), la méthode d'entretien est avant tout une interaction humaine, un contact direct entre le chercheur et son allocutaire. Il est important que le chercheur garde une implication minimale dans la direction de l'échange tout au long du processus, ce à quoi nous avons veillé constamment. Les auteurs précisent que c'est une interaction qui se crée lors de laquelle chacun est acteur. Le chercheur est acteur, par les questions ouvertes qu'il formule, ainsi que ses attitudes face au discours tenu par son interlocuteur, grâce auxquelles il veille à maintenir le cap sur les buts de sa recherche tout en favorisant le dialogue. En effet, nous avons parfois dû recentrer le sujet, et nous ne laissons pas la personne interviewée sans réponses face à ses questions/ ressentis ; nous acquiesçons un minimum les propos afin d'être dans un climat propice au dialogue, pour que la personne se sente écoutée. Toujours selon les mêmes auteurs, le répondant, lui, est acteur par tout ce qu'il accepte de transmettre ainsi que de partager par ses réponses : ses expériences, son vécu, ses ressentis, ses perceptions, par exemple. Il livre ses réflexions les plus profondes et authentiques. Selon eux, l'attitude que le chercheur doit essayer de maintenir lors de l'entretien est d'être le plus neutre et le moins directif possible en se tenant aux objectifs fixés. Il est important d'adopter une attitude bienveillante, d'accepter quoi qu'il arrive ce qui est exprimé par la personne interviewée et de ne pas l'influencer dans ses propos. C'est ainsi que nous avons porté une grande attention à la mise en place de ces recommandations lors de la réalisation des entretiens (Marquet et al, 2022).

Après avoir donné les explications quant à la manière dont les règles générales de protection des données et d'anonymat seront respectées et avoir obtenu l'accord de chacun, chaque entretien a été scrupuleusement enregistré en deux versions audio différentes (sur ordinateur portable ainsi que sur smartphone) afin d'être certaine de pouvoir pallier n'importe quel problème éventuel d'enregistrement, de prise de sons ou d'autres difficultés. Nous ne voulions pas risquer de perdre des données ou des parties d'entretien. Comme le soulignent les auteurs Beaud, M., Gravier, M., & De Tolédo, A. (2006), il est crucial d'adopter une rigueur extrême dans la façon dont les résultats sont enregistrés, c'est pourquoi nous avons été précautionneux. L'enregistrement nous a permis de transcrire par la suite chaque entretien méticuleusement et

mot à mot en portant une grande attention lors de cette étape, à ne notifier aucun nom et/ou prénom afin de garder le caractère anonyme de chacune des personnes ayant témoigné pour notre recherche grâce à un système de chiffrement.

Remarques particulières pendant les entretiens :

- Lors de plusieurs entretiens, il nous est arrivé d'être interrompu par téléphone pour au moins 4 des participants. Nous avons aussi été interrompus à plusieurs reprises par des passages furtifs de quelques personnes dans le local réservé pour l'entretien, une responsable est revenue dans le bureau et y est restée avec l'accord du participant (dès la question 8). Dès lors, nous avons remarqué que sa façon de nous répondre était plus mesurée, recherchant le mot adéquat et montrait plus d'hésitations dans ses réponses. Comme cela s'est produit en fin d'entretien, nous avons tout de même pu récolter les informations importantes de l'enquête dans un climat favorable.
- Les participants recherchaient les mots justes, hésitaient parfois, laissaient des espaces de silence dans leurs réponses ce qui a contribué, avec leur non verbal impliqué et réflexif à nous montrer leur implication et leur sérieux dans ces entretiens.
- Les participants ont eu très peu de demandes de clarifications, de besoin d'explications supplémentaires/complémentaires, de rappels des questions ce qui nous laisse à penser que les questions prévues dans notre guide d'entretien ne leur ont pas posé trop de difficultés. Les deux questions qui comprenaient un apport théorique ont nécessité plus de temps et de réflexion mais ont été réalisées correctement sans solliciter de trop notre intervention ou notre aide. Néanmoins dans notre analyse nous reviendrons sur cet élément en particulier.

5. Analyse

C'est l'analyse de contenu qui nous permet de traiter nos données. Dans cette phase, nous avons commencé par collecter les données nécessaires pour formuler et vérifier nos hypothèses, ce qui constitue la vérification empirique. Ensuite, nous avons procédé à une observation rigoureuse, susceptible de révéler des faits inattendus que nous avons pris en considération. Nous interpréterons ces découvertes imprévues afin de pouvoir ajuster ou affiner nos hypothèses. Cette étape nous donnera l'occasion de proposer des améliorations et d'identifier de nouvelles pistes de réflexion et de recherche pour l'avenir (Marquet, Van Campenhoudt, & Quivy, 2022).

Pour respecter les normes RGPD et la confidentialité souhaitée par les 11 participants, nous avons analysé les données pour identifier des éléments pertinents sans identifier les personnes directement. Dans notre première analyse de contenu, nous avons attribué des numéros aux participants, de P1 à P11. Toutefois, cette information restera confidentielle pour garantir l'anonymat de chacun, car il serait possible de relier certains propos à des individus spécifiques en fonction des tranches d'âge, même en l'absence de noms ou prénoms.

En ce qui concerne l'analyse de contenu nous avons consigné les réponses de chaque participant question par question en notant les éléments clés et en les classant par thématiques. Comme l'explique les auteurs Robert & Bouillaguet (2007), l'opération principale de cette étape est de

catégoriser, de classer les éléments pertinents par thèmes afin d'effectuer des comparaisons significatives. Ensuite, afin de rester le plus objectif possible alors que nous avons travaillé au service des urgences, nous avons noté la récurrence des idées par participant anonymisé mais en repérant les apports d'idées selon les 3 groupes d'expérience. En effet, les infirmiers urgentistes ont été très productifs et constructifs dans leurs réponses. Quels éléments choisir parmi d'autres dans ce recueil de données conséquent, comment ne pas perdre d'idées aussi riches concernant la réalité de terrain ? Comment nous prémunir de notre propre expérience professionnelle aux urgences et garder la porte ouverte à l'inattendu ? Nous avons donc choisi de comptabiliser le nombre d'idées émises selon leur récurrence nous permettant à la fois l'objectivité (éviter au maximum les biais auxquels peut être confronté le chercheur) et de découvrir finalement des éléments qui ne seraient pas apparus autrement. C'est pour cette raison que la fréquence d'une idée dépasse souvent le nombre total de participants. Cette manière de procéder n'a pas été initiée par nous mais est utilisée lorsque des interventions sont collectives et nécessitent de ne pas mettre sur le même pied d'égalité une idée mentionnée une seule fois et une autre 10 fois. Donnay, Charlier et Dejean (2002) décrivent cette méthode systémique comme un équilibre entre rigueur scientifique et utilité pratique pour le milieu étudié. Elle a pour objectif de concilier les exigences académiques avec la production d'un savoir directement applicable par les praticiens sur le terrain. Cette approche vise à modéliser les pratiques pour en améliorer l'efficacité, tout en nécessitant une collaboration étroite avec les acteurs de terrain. Orientée vers l'action, elle cherche à produire des connaissances susceptibles d'être immédiatement utilisées pour une meilleure compréhension et optimisation des pratiques (Ibidem, 2002). Cette manière de faire peut être utilisée par les équipes en services externes de prévention lorsqu'elles font une intervention d'ordre collectif sur les risques psychosociaux et le bien-être au travail. Nous avons pensé que cette méthode qui apporte certes un chiffrage d'idées mais n'est pas pour autant de l'analyse quantitative, pouvait nous permettre de nuancer le matériau riche et abondant fourni par les participants et d'y découvrir non pas le déjà vu, déjà connu par tous mais bien de nouvelles solutions et hypothèses. Ce choix a également permis de préserver la confidentialité des propos des participants, car il devient impossible d'identifier lequel d'entre eux a exprimé une idée spécifique malgré la découpe en différents groupes représentant l'ancienneté. En effet, Robert & Bouillaguet (2007) nous expliquent que le chercheur doit démontrer son objectivité par une réflexion épistémologique qui accompagne son étude, l'inclusion de quelques indicateurs permet d'expliquer au lecteur les choix effectués pour la classification.

Ensuite, nous avons procédé à une catégorisation et avons donc regroupé les points par items afin que les résultats soient lisibles pour tous (Dany, 2016). Nous en avons fait des graphiques et des tableaux récapitulatifs qui mettront en image les résultats (chaque graphique que vous trouverez dans la partie « D. Présentation et analyse des données récoltées » a été élaboré par nos soins sur base des données récoltées lors des entretiens). L'objectif est d'analyser les textes de manière à dévoiler une signification non immédiatement apparente, notamment via le dénombrements, sans altérer leur contenu initial et en répondant aux questions de la problématique. Cela exige à la fois fidélité et originalité dans l'approche (Robert & Bouillaguet, 2007).

Enfin, nous avons veillé à ce que chaque annexe présentée soit bien anonymisée afin de pouvoir partager notre travail avec le plus de supports possibles.

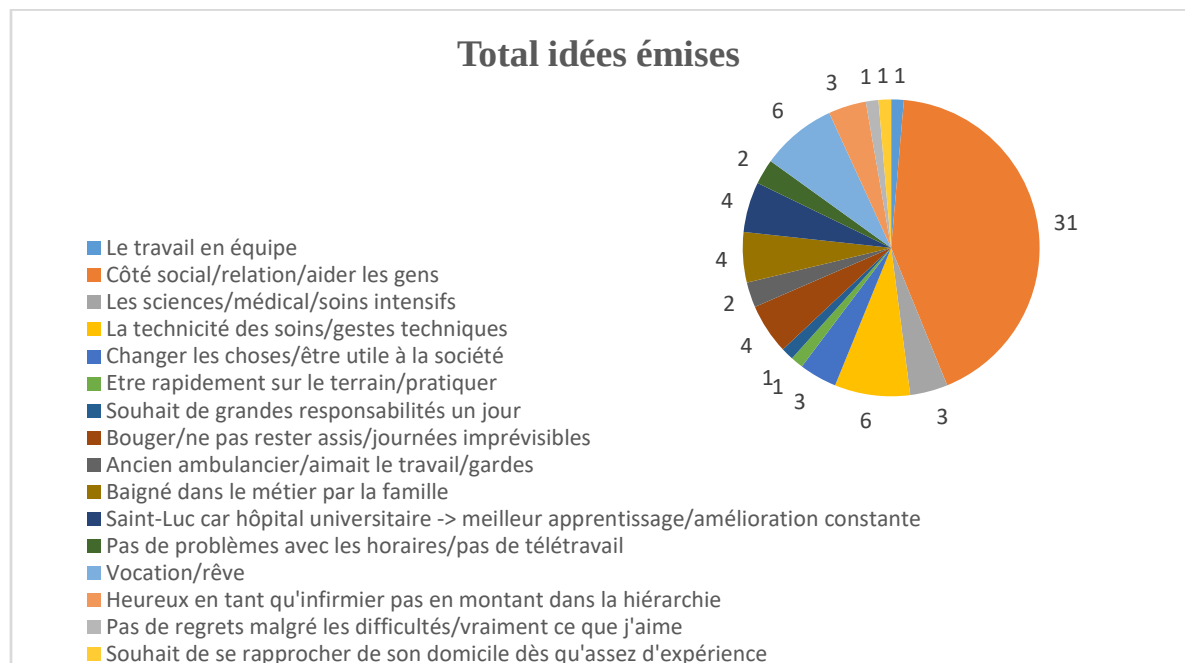
Remarque : pour la clarté de notre écrit, nous analyserons les graphiques en nommant les groupes par le nom attribué (juniors ; aînés ; expérimentés ; expérimentés confirmés). Nous utiliserons le terme « infis » pour parler des infirmières et infirmiers des services des urgences.

D. Présentation et analyse des données récoltées

1. Présentation des participants

7 hommes et 4 femmes composent le groupe total des participants. Nous avons choisi de réaliser des sous-groupes selon leur ancienneté de travail au service des urgences. Nous leur avons demandé ce qui les avait conduits à exercer ce métier et le graphique suivant montre des réponses très riches de la part de chacun mais une raison se distingue clairement de toutes les autres : l'attrait pour les relations patient-soignant ainsi que le fait d'aider les gens (le social). Suivent ensuite les raisons vocationnelles et de rêve pour le métier ainsi que les aspects plus techniques de la profession (soins/gestes techniques).

Nous pouvons remarquer qu'en terme de genre, nous n'avons pas eu une parité parfaite entre les hommes et les femmes. Cela réside dans le fait que traditionnellement, les métiers dans le secteur des soins sont largement occupés par des femmes (Roy & Chouinard, 2013). En outre, nous n'avons pas observé de différences significatives lors des entretiens entre les propos tenus par les hommes et les femmes.



Nous avons aussi pu compter parmi les participants des infirmiers chefs adjoints qui ont toujours bien distingué quand ils parlaient à partir de leur position d'adjoint (minoritaire) ou de celle d'infirmier urgentiste (majoritaire). C'est pour cela que nous n'avons pas distingué leurs réponses de celles des autres participants afin qu'ils ne soient pas identifiés (confidentialité).

Nous avons uniquement conservé une ou l'autre idée relative aux adjoints mais ceux-ci ne sont pas les seuls à parler de cette fonction.

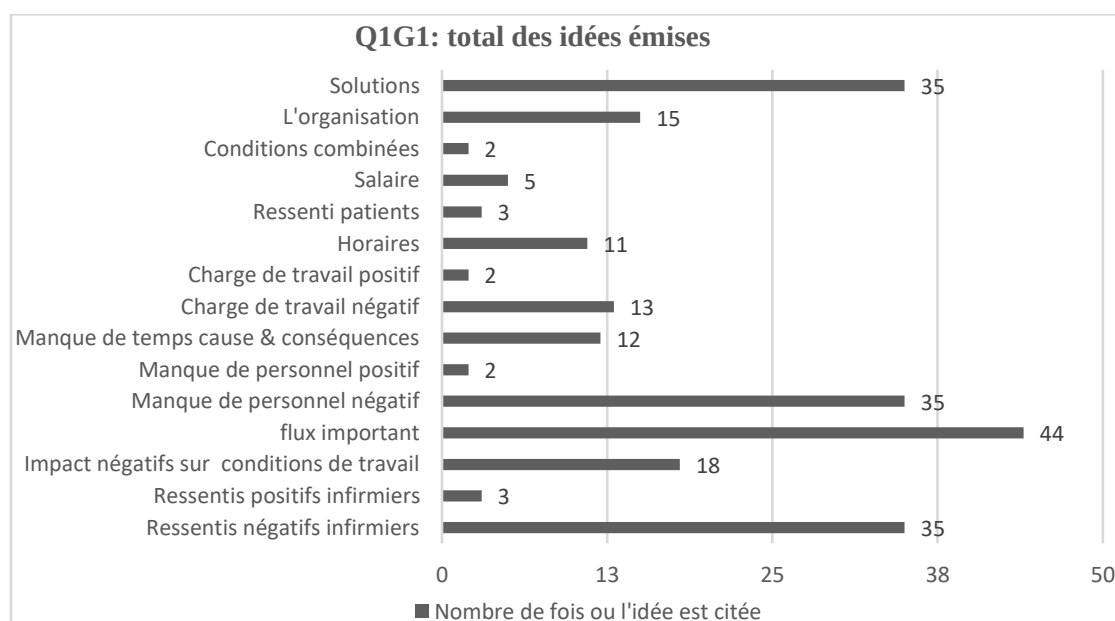
Nous nous sommes très vite rendue compte en notant les idées des participants par thématiques qu'une incidence selon le degré d'expérience professionnelle aux urgences se marquait dès le début. Nous avons alors scindé les participants en 2 groupes : un premier composé de 5 participants dont l'expérience au service des urgences se situent entre 0 et 3 ans (âge : 20-29 ans), **les juniors** dont nous avons chiffré les idées en couleur bleue et un 2^{ème} composé de 6 participants (en mauve dans les graphiques) dont l'expérience au services des urgences se situe entre 10 et 35 ans (âge : 30-60 ans) : **les aînés**.

En avançant un peu plus dans l'analyse de contenu des réponses, nous nous sommes questionnée sur le fait que le groupe **des aînés**, qui comprend 6 personnes, ne pourrait pas lui-même se distinguer afin d'identifier d'éventuelles nuances de perceptions selon que les aînés se trouvent vers la fin de leur carrière ou pas. Nous avons alors envisagé de partager ce groupe **des aînés** en 2 sous-groupes. Notre analyse se penchera tantôt sur la réalité **des juniors** et **des aînés**, tantôt sur les groupes suivants :

- **Les juniors** au nombre de 5 dont l'âge se situe entre 20 et 29 ans et leur expérience de terrain entre 0 et 3 ans
- **Les expérimentés** au nombre de 3, dont l'âge se situe entre 30 et 46 ans et l'expérience de terrain entre 10 et 22 ans.
- **Les expérimentés confirmés** au nombre de 3, dont l'âge se situe entre 47 et 60 ans et l'expérience entre 32 et 35 ans.

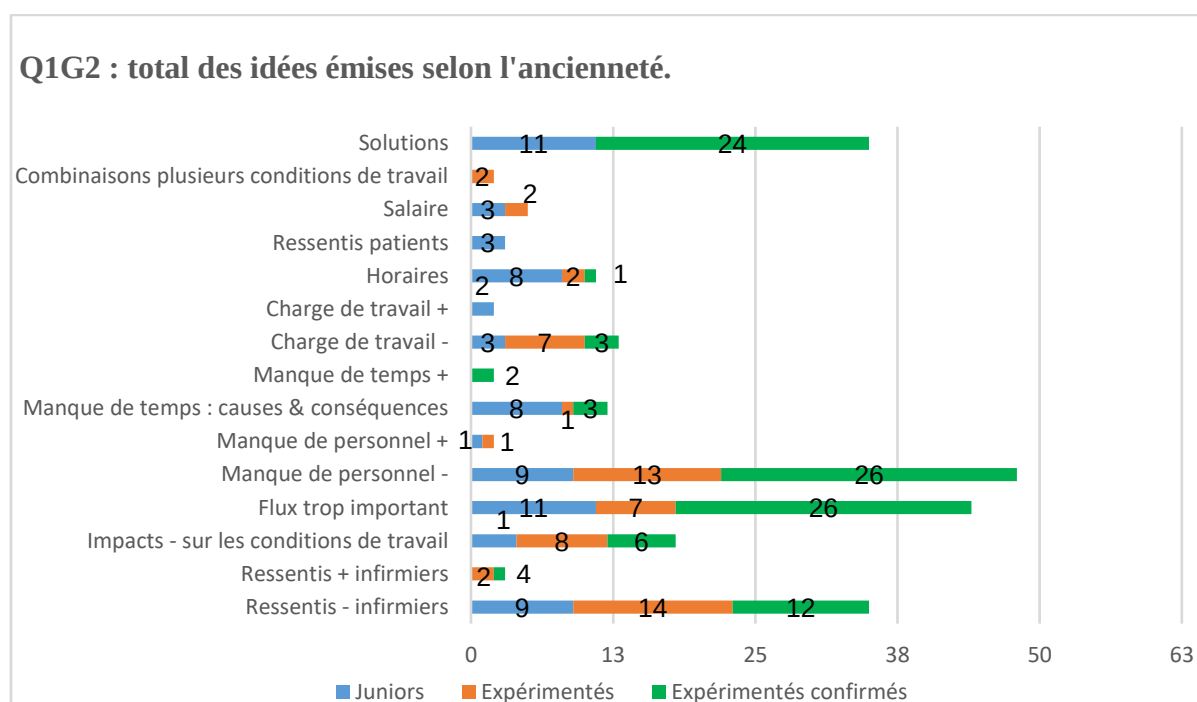
2. Ce que pensent les infirmiers des conditions de travail actuelles dans leur métier au sein des urgences (question 1) :

→ **Total des idées émises pour la question 1 : 237**



Dans ces deux premiers graphiques, nous pouvons observer que les participants émettent un grand nombre d'idées quant à leurs conditions de travail problématiques. Et nous avons été surpris de trouver dans les réponses à la question une, un grand nombre d'explications de celles-ci. Notre souhait était de pouvoir reprendre leurs avis dans une question assez ouverte et large.

Notre surprise est d'autant plus grande de voir apparaître une place importante à des solutions possibles (35), voire des solutions qu'ils mettent directement eux-mêmes en place alors que la question ne le prévoit pas.



Nous voyons dans ce graphique Q1G2 que l'expérience de terrain des infis a beaucoup joué dans les réponses à cette question 1. En effet, les **aînés** (**expérimenté** et **expérimentés confirmés**) ont beaucoup plus apporté d'idées (**163** au total) que les **juniors** (**72** au total) nouvellement arrivés dans la fonction et dont l'expérience ne dépasse pas trois années.

Nous voyons au premier coup d'œil que les participants expliquent plus en profondeur :

Premièrement, **le manque de personnel** (cité 48 fois) : turn over, dû aux maladies, congés de maternité, arrêts de longues durées, imprévisibilité, augmente encore la charge de travail, faire plusieurs secteurs en plus du sien, prises en charge non optimales, danger pour le patient, épuisement des infis urgentistes, pas spécialement d'aide des médecins, personnel remplaçant pas spécialement toujours formé à cette réalité, etc.

Deuxièmement, **le flux trop important** (cité 44 fois) : flux énorme, très conséquent en regard de la capacité infirmière, peu fluide, énormément de patients chaque jour, 25 patients à voir or minimum 6 minutes par personne + installer + ceux de la salle d'attente, une demi-heure d'attente ne devrait pas être dépassée or minimum 1h15, arrivée des ambulances + salle d'attente, parfois seuls pour 35 patients, le midi ça commence déjà à se remplir trop – engorgement, devoir installer des patients dans le couloir, chambres remplies, stagnation des

patients, insulte des personnes de la salle d'attente car ils ne voient pas les ambulances qui arrivent, incompréhension de l'ordre dans lequel sont pris les patients, devoir fermer des unités car trop remplies et cela fait goulot.

Troisièmement **les ressentis négatifs des infis** (cité 35 fois), tant concernant les difficultés liées au métier (pas facile, complexe, à la dérive, dur, ingrat, conditions et horaires difficiles, mal payés, etc.) que les conséquences physiques et morales (épuisés, tendus, charge mentale importante, shifts lourds, récupération physique difficile, compliqué nerveusement, répercussion des absents sur l'émotionnel des présents).

En enfin, sans oublier **les impacts négatifs des conditions de travail** (cité 18 fois) comme :

- L'absence de prévisibilité (difficile de prévoir le nombre de patients ou d'arrivées, gérer plusieurs secteurs alors que non prévu, remplacements difficiles car ouverture des urgences H24, 7j/7 et est très sectorisé, jamais standard, des imprévus, différent des autres services ou des choses peuvent être planifiées).
- Les fluctuations dues à des raisons extérieures (les saisons : hiver plus de patients, le vieillissement de la population, le temps d'hospitalisation qui diminue donc retours aux urgences plus fréquents, difficultés d'avoir accès aux examens (délais longs) d'où arrivées aux urgences, consultations qui envoient vers les urgences).
- Le manque de valorisation du métier (réputation difficile du métier (par les : personnes sur le terrain, étudiants en stage, médias, réseaux sociaux, le fédéral n'aide pas), désertion des étudiants vers le métier de sage-femme car mieux valorisé et plus d'engagement de personnel).

Nous constatons que **les juniors** ne s'expriment pas concernant le ressenti positif des infis ainsi que le manque de temps. Cependant, ils sont les seuls à émettre un avis positif concernant la charge de travail (ne travaillent quand même pas comme à l'usine, restent dans l'humain) et à parler du ressenti des patients. Une des personnes nous a signalé nous répondre de façon peu approfondie suite à une expérience nouvelle et uniquement dans cet hôpital.

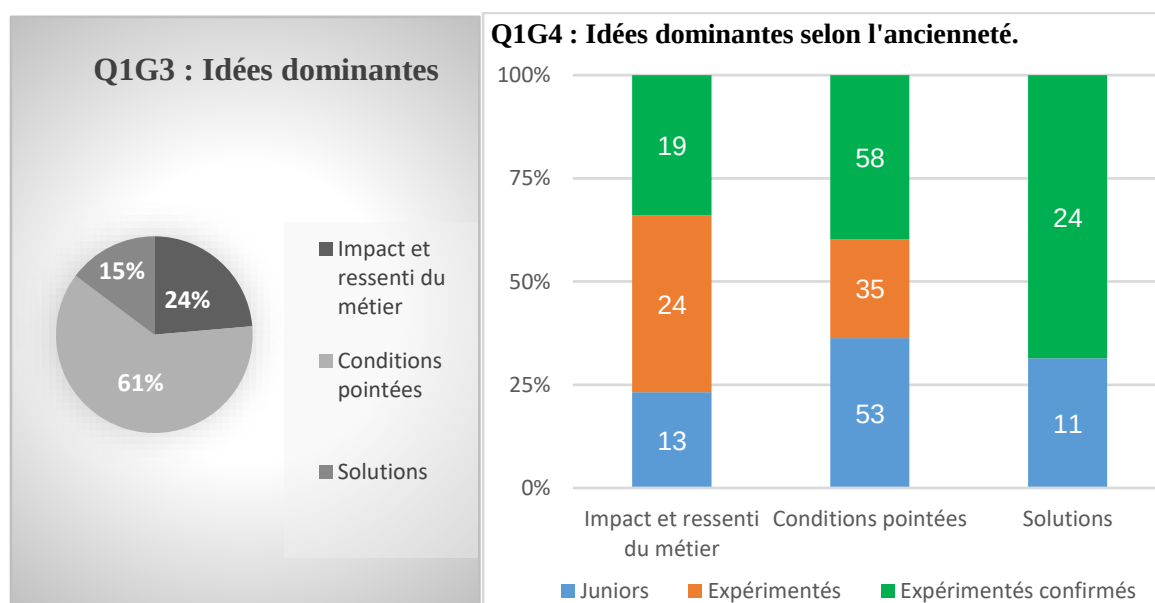
Les expérimentés sont les seuls à parler des répercussions de la combinaison de plusieurs conditions de travail problématiques et s'expriment plus amplement sur les ressentis négatifs des infis, concernant l'impact négatif des conditions de travail, le flux trop important et le manque de personnel, sans oublier la charge de travail trop conséquente (la même la nuit, le jour, le week-end, la semaine, le matin, le midi, le soir, parfois 12 heures non-stop, sans pauses réelles / être à 100% sur papier mais tellement de dépassement (congés impossibles)), faire trop de choses en même temps, hôpital universitaire = former des médecins, des assistants qui viennent d'arriver, tous les 6 mois cela change, surtout quand les assistants viennent d'arriver, devoir anticiper et rebondir adéquatement, avoir l'esprit frais à n'importe quel moment de la journée et de ses longs horaires (le 100ème patient de la journée n'en peut rien de ma fatigue et il doit être traité comme le premier), aucune marge d'erreur possible (humain-gravité). Les expérimentés ne s'expriment cependant pas sur les solutions dans cette question.

Les **expérimentés confirmés** s'exprimeront de façon plus conséquente concernant le flux trop important, le manque de personnel et le ressenti négatif infirmier et émettent beaucoup d'idées de solutions.

Nous constatons en général et pour tous les groupes que très peu d'éléments positifs sont évoqués, qu'ils expliquent peu le manque de temps, la charge de travail trop conséquente comme si cela était une évidence, comme si cela allait de soi avec le package « métier » ?

Les trois groupes parlent de manière plus ou moins équitable du ressenti négatif des infis, que les **expérimentés confirmés** contribuent assez fortement à déjà dégager des solutions dans cette question non prévue à cet effet (24), peut-être suite à leur grande expérience ? Les **juniors** ne manquent toutefois pas d'idées de solutions (11), peut-être liées à leurs idées novatrices de travailleurs assez nouvellement engagés dans le service des urgences (entre 0 et 3 ans) ?

Aussi, concernant l'aspect relationnel infis/patients, les **juniors** évoquent le ressenti des patients or nous avons remarqué que l'aspect relationnel est peu mentionné et développé dans les questions en général, y compris dans les questions prévues à cet effet. Pour cette question 1, par exemple, les idées apparaissent dans les réponses seulement 10 fois sur le total de toutes les idées (aspects positifs ou négatifs) (voir annexe 6). Les **juniors** sont-ils moins éprouvés par le métier car celui-ci est exercé depuis moins de temps que les autres groupes ? La motivation des infis fraîchement arrivés dans le métier permet-elle plus d'énergie dans l'aspect relationnel malgré tout succinctement évoqué ? Nous pourrions voir si cela s'observe à nouveau dans les autres questions.



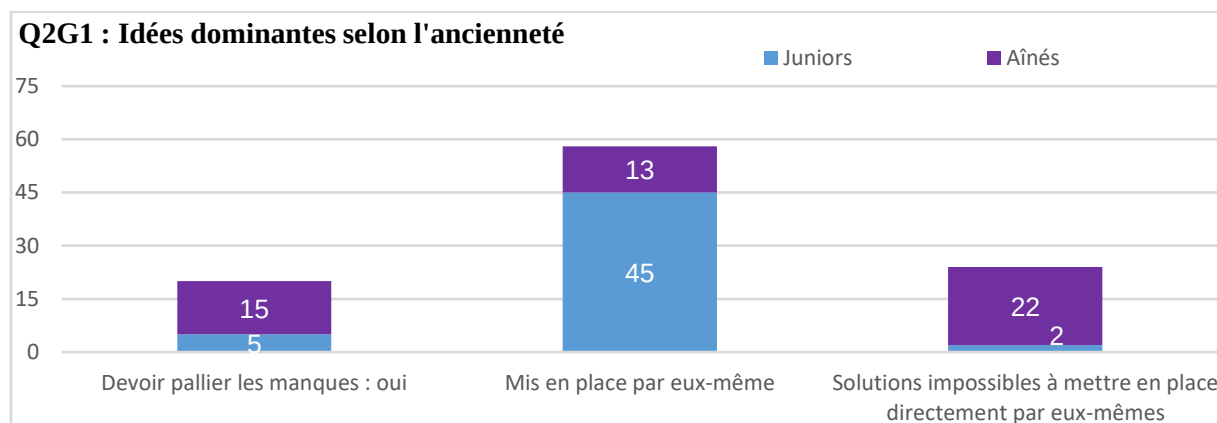
Le graphique 3 regroupant les idées dominantes pour la question 1, voit tout de même apparaître 35 idées relatives à des solutions alors que cette question ne le mentionne pas dans son intitulé. Nous pouvons aussi observer et confirmer que le groupe des **expérimentés** n'émet pas de solutions, alors que les **juniors** y contribuent et les **expérimentés confirmés** y contribuent très fortement. Les **juniors** sont assez constants dans leurs réponses concernant l'impact et le ressenti du métier, les conditions de travail pointées et les solutions mentionnées.

En terme de solutions, voici ce qui apparaît déjà dès cette première question pour les solutions déjà exploitées ou exploitables par eux-mêmes, premièrement, pour diminuer la charge de travail et la fatigue (aider les patients en donnant des timings précis, engager du personnel pour les temps d'engorgement et le remplacement des absents, redéfinir l'organisationnel des urgences (qui fait quoi, ce qui est attendu, en combien de temps)), utiliser à bon escient les moyens informatisés pour autant que cela n'évite pas les relations avec les patients, ne plus faire de nuits ou en faire moins en fonction de son âge et/ou son ressenti, pouvoir faire part des constats, qu'ils soient écoutés par les responsables et qu'ils aboutissent à des projets dont budgétisés, plus de flexibilité avec les étages pour que les patients restent moins, détacher quelqu'un qui vient aider systématiquement quand c'est compliqué, retrouver l'efficacité du centre où les urgences pouvaient envoyer directement les patients qui n'étaient pas vraiment des urgences ; deuxièmement, pour revaloriser le métier, la formation, attirer les jeunes (revaloriser les salaires, engager plus, donner des avantages en plus du salaire (chèques repas, assurances groupes) ;

En résumé, nous voyons déjà dans cette question que les infis urgentistes expliquent énormément et concrètement leurs réalités de terrain mais qu'en même temps, ils agissent pour contrer les répercussions des mauvaises conditions de travail du mieux qu'ils peuvent. Ils émettent d'ailleurs, dès cette question, des solutions déjà mises en place, à appliquer ou qu'ils ne peuvent mobiliser eux-mêmes. La place consacrée à la relation patient-soignant est très pauvre.

3. Pallier ou non aux conditions de travail problématiques pour l'infirmier urgentiste (question 2) :

→ Total des idées émises pour cette question : 102

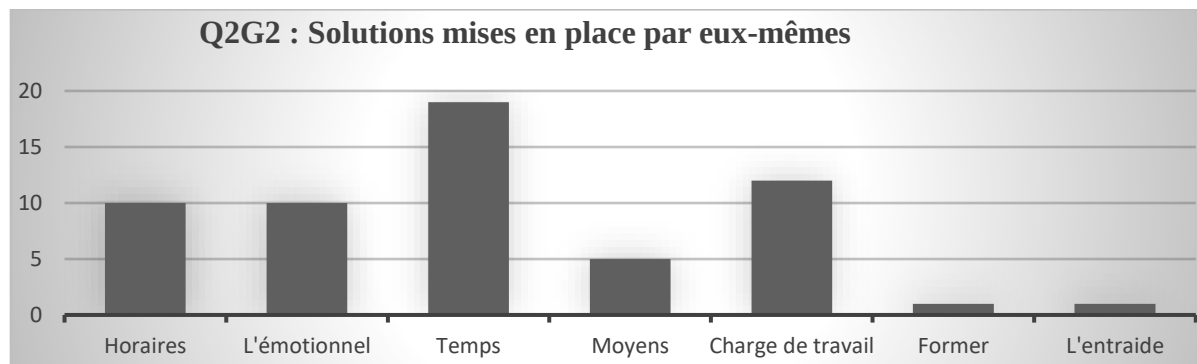


Après analyse du contenu des entretiens, nous remarquons que ces participants sont unanimes quant à signaler qu'ils doivent pallier beaucoup de manques concernant les conditions de travail dans leur quotidien d'infis dans le service des urgences. Les deux groupes le signalent (**juniors** et **aînés**).

Nous avons remarqué que dans cette deuxième question, toujours ouverte pour permettre de recueillir les réponses sans apport théorique et sans les orienter, que les infis questionnés réagissent et trouvent des solutions où ils s'impliquent très fortement pour exercer leur mission

de soigner l'humain comme ils le peuvent malgré des conditions de travail très difficiles. Nous le détaillerons par la suite.

Nous voyons dans le graphique Q2G1 que les **juniors** contribuent très fortement à expliquer les solutions qu'ils mettent en place eux-mêmes (45) et que les **aînés** s'expriment plus concernant le fait de devoir pallier les conditions difficiles (15) et pointent des solutions mais qu'ils ne peuvent pas mettre en place eux-mêmes (22). Peut-être parce que cela est très récurrent vu leur expérience de terrain ? Nous voyons ainsi apparaître, déjà dans la deuxième question des solutions que les infis urgentistes décrivent mais ne peuvent mettre en place eux-mêmes.



Quand ils expliquent quelles solutions ils mettent en place, le plus souvent spontanément suite à l'imprévisibilité du métier et en particulier aux urgences, nous avons pu assez facilement les regrouper en deux types de solutions : celles qui sont directement exploitables par eux-mêmes et celles qui sont impossibles à mettre en place car elles nécessitent des décisions d'ordre de la politique de la santé et/ou des décideurs hiérarchiques et/ou de moyens dont ils ne disposent pas.

Les **juniors** contribuent très fortement à parler des solutions mises en place par eux-mêmes, les **expérimentés** parlent plus que les autres du fait qu'il faut pallier les manques sur le terrain et apportent des solutions pour le système, c'est-à-dire des idées à mettre en place qui ne sont pas de leur ressort. C'est aussi là que les **expérimentés confirmés** ont le plus grand nombre d'idées de solutions. Est-ce que le fait d'être **junior** et pas encore trop fatigué par le métier et les dysfonctionnements décrits dans la question 1 pourrait expliquer ce grand nombre d'idées démontrant comment ils agissent là où les conditions de travail sont très compliquées ? Est-ce devenu une habitude de « faire avec » malgré tout pour les **deux groupes des expérimentés** ? Les **aînés**, quant à eux, apportent très peu de solutions qui ne sont pas de leur ressort.

Nous voyons dans le Q2G2 que les items temps, charge de travail et horaires étaient des conditions de travail problématiques citées dans la question 1. Face à cela, nous voyons que les infis trouvent directement des solutions qu'ils mettent en place.

Nous voyons apparaître ici les aspects émotionnels, des moyens, de la formation et de l'entraide mais de façon minime.

En revanche, nous ne voyons pas le critère « manque de personnel » très fortement explicité dans la question 1 mais plusieurs participants ont signalé que le manque de temps, la charge de

travail étaient directement corrélés au manque de personnel, comme en étant des conséquences directes.

Avant de regarder, dans l'histogramme suivant comment se comportent les différents groupes face à ces solutions qui ont pour but de pallier les manquements dans le métier et ici, dans le service des urgences, nous allons reprendre les solutions que les infis mettent spontanément en place pour pallier les manques observés dans leurs pratiques quotidiennes aux urgences, montrant leur implication pour faire fonctionner le service des urgences envers et contre les conditions de travail problématiques comme leur conscientisation et leurs actions face aux difficultés, aux horaires difficiles, au manque de temps et de moyens, à l'émotionnel à gérer, à la charge de travail trop conséquente, à la formation (hôpital universitaire) :

- **La solution aux manques de solutions structurelles, c'est nous** ; « *On passe son temps à trouver des solutions, pour le matériel, pour tout, même pour aider un collègue qui a un problème familial* » ; « *On doit être partout en même temps, porter plusieurs casquettes* ».

- **Face aux horaires difficiles** : se sentir obligé d'accepter des horaires (demande des chefs) car manque de personnel, de modifier son programme personnel, de faire plaisir (en modifiant ses horaires) pour que ça se passe bien ; de prendre sur son hygiène de vie car pas le temps de manger en cours d'horaire (ex manger à 15h), de gérer les difficultés des horaires de nuit où il faut quand même s'adapter à l'horaire de vie normale pour la maison.

- **Face aux difficultés émotionnelles** : mettre des barrières pour préserver son émotionnel et idem avec le patient, dans le cas de situations conflictuelles et de remarques désagréables : ne pas monter en escalade, ne pas répondre même si on est touché quand même, se conditionner et se préparer au fait que l'on va faire 2 postes en même temps, que des absents ne seront pas remplacés, faire du sport, du social, ne pas négliger sa vie personnelle, prendre du temps pour soi, se reposer pour décompresser et que ce soit plus agréable au boulot.

Remarque : sur toutes les idées mentionnées par tous dans cette question 2, une seule pourrait correspondre à la relation patient-soignant.

- **Face au manque de temps** : rester plus longtemps, aider, si des secteurs ne vont pas bien, prendre de notre temps, ne pas compter ses heures supplémentaires car on le fait pour le patient et pour la fatigue des collègues, malgré le dilemme des jours de récupération où on sait qu'un collègue rame et qu'on se pose la question d'y aller ? Ou pas ? Souvent on y va. Venir un peu plus tôt, aller voir comment ça se passe, si on peut aider, aider un collègue qui a fait la nuit afin d'anticiper notre travail du matin, y aller pour que le collègue de nuit déjà fatigué ne doive pas descendre au scanner en plus, y aller pour parler avec ses collègues et augmenter la relation d'équipe.

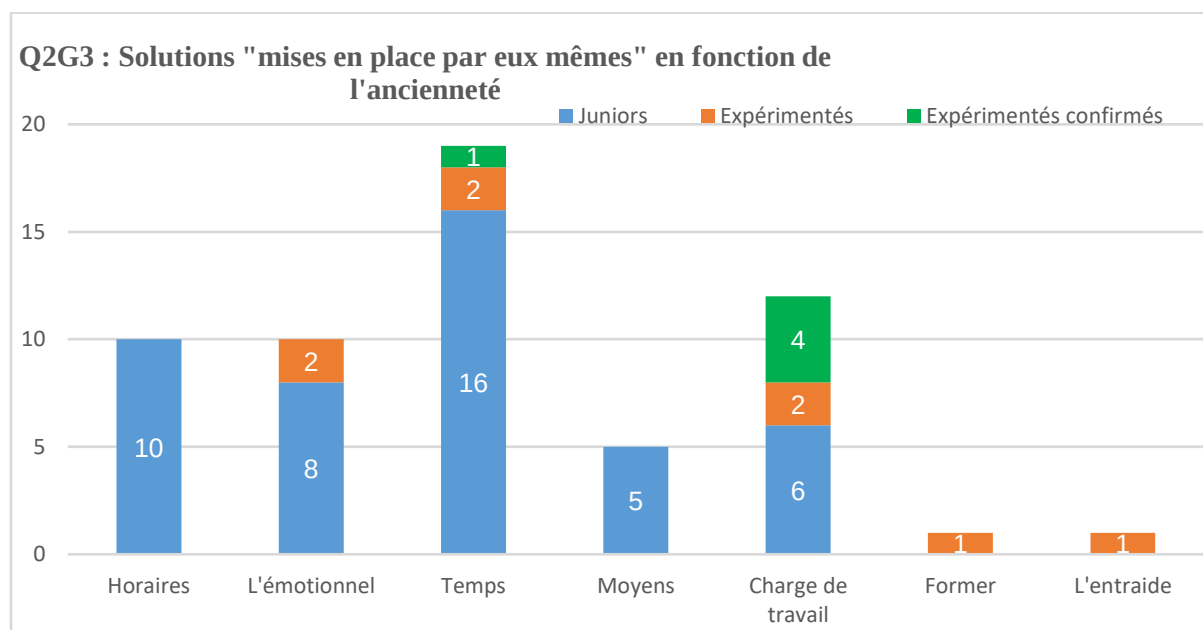
- **Face aux manques de moyens** : acheter soi-même du matériel plus adapté, mettre un peu d'argent sur certains matériels plus adaptés (paires de ciseaux, pinces cochères, pour couper dans les habits si gens instables), pour gagner du temps.

- **Face à la charge de travail** : déployer l'énergie nécessaire, s'entraider, anticiper, l'ancienneté fait que l'on connaît l'institution, les rouages, le travail, les collègues : on nous pose plus de

questions mais = travail supplémentaire, on se rend dans un secteur, en réanimation pour voir si tout va bien alors qu'un gros cas est arrivé et que c'est un infirmier nouveau venu, en tant qu'ancien avec des plus jeunes : pression : que tout roule, de rappeler du monde si nécessaire, prendre sur soi pour améliorer le confort du patient, se dire que ça fait partie du travail à faire, exemple en 7h30 et que c'est à soi de le faire, essayer d'épargner la personne qui reprend la relève (pas d'erreurs à rectifier ou du travail à finir pour commencer sa garde), se dire que 24h/sur 24, il y a quelqu'un donc le travail sera fait (équipe), remplacer, faire des heures supplémentaires quand il y a des problèmes de shift, d'absents, de son propre chef, sans y être obligé quitte à changer de secteur.

Par rapport à la durée longue des patients aux urgences : les infirmiers anticipent le fait qu'un patient reste en moyenne 6 à 8h aux urgences et que s'il faut procéder chronologiquement il restera le double de temps. Ils lancent donc directement un bilan, prennent les renseignements de la tour, font la prise de sang, mettent une perfusion, lancent une analyse d'urine en attendant le délai où le médecin passera : gain de temps.

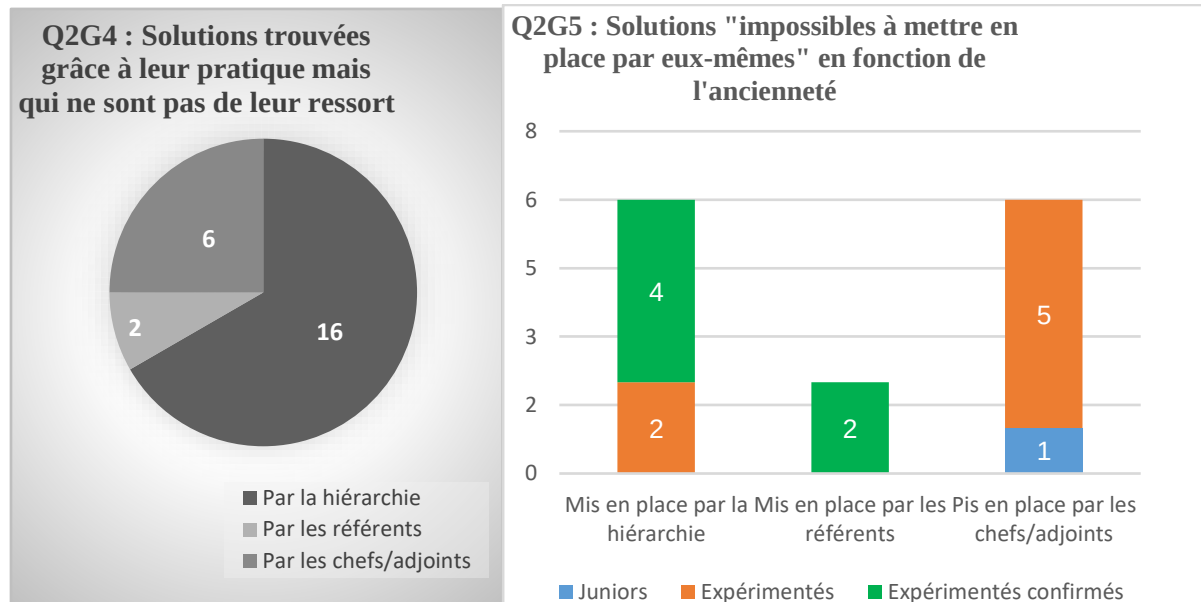
- **Autres** : aider selon les domaines où on est plus doué, exemple en informatique ou autres, essayer de bien s'entendre en équipe pluridisciplinaire pour pallier, continuer de former efficacement, être à l'écoute, aider, soutenir les stagiaires : futur personnel en plus.



Les **juniors** contribuent fortement à étayer cette question et particulièrement pour les difficultés horaires et les manques de moyens. Ils s'expriment sur tous les items excepté la formation et l'entraide.

Les **expérimentés confirmés** s'expriment très peu dans cette question et uniquement concernant la charge de travail et le temps. Ce qui est semblable pour **les expérimentés** dont les idées se répartissent entre l'émotionnel, le temps, la charge de travail tout en apportant deux éléments nouveaux : la formation et l'entraide.

Dans le graphique Q2G1, nous avons vu que c'est essentiellement les deux groupes des expérimentés (**expérimentés** et **expérimentés confirmés**) qui contribuent à donner des pistes de solutions mais qui ne sont pas de leur ressort. Elles s'adressent plus particulièrement aux décideurs et le graphique suivant Q2G4 nous montre que 16 idées concernent la hiérarchie, 2 pour les référents et 6 pour les chefs adjoints.



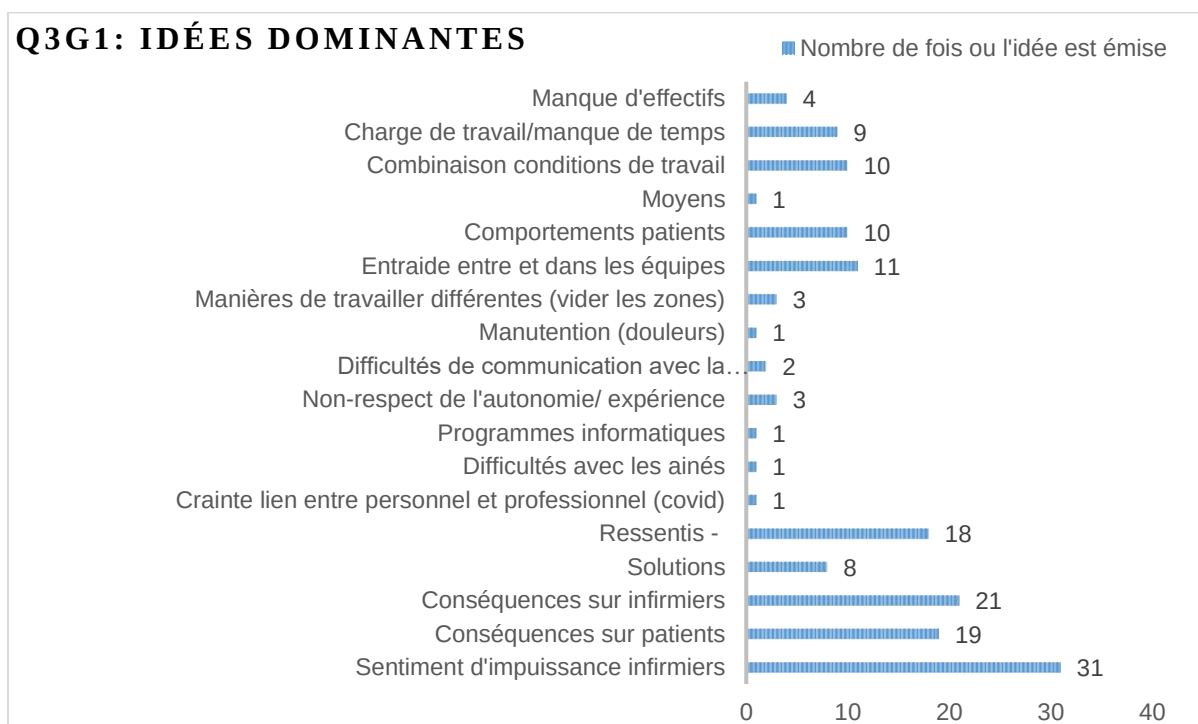
Nous voyons dans ces graphiques Q2G4 et 5, que parfois, malgré toute leur bonne volonté et leur implication mise en place directement dans des actions sur le terrain, les infis ne peuvent pas toujours mettre en place ce qu'ils voudraient par eux-mêmes soit parce qu'un budget plus conséquent est nécessaire, ou parce qu'ils n'ont pas le pouvoir décisionnel, ce qui est frustrant quand ils en auraient la capacité et la volonté mais pas le temps. Néanmoins, nous voyons dans cette question 2 que les infis ont ce souci de vouloir proposer des solutions qui seraient efficaces sur le terrain selon les besoins spécifiques aux urgences et ceux de leurs patients. Ils s'expriment donc déjà dans la question 2 à ce sujet d'une part pour montrer ce qui a été mis en place et par qui, d'autre part, ce qui n'est pas encore en place et devrait l'être.

Vous trouverez en annexe 7.1 les solutions déjà mises en place à Saint-Luc par la hiérarchie, par les référents, par les chefs adjoints ainsi que les solutions difficiles à mettre en place.

En résumé : Au regard de ces graphiques et de nos observations lors des entretiens, nous voyons qu'ils ont tous eu du mal à parler des manques à pallier, apparemment tellement ils le font en solutionnant tout dans l'urgence, comme si c'était passé dans la normalité que leur travail est de construire des solutions. Mais il y a une limite à l'action quand cela dépend des cadres, de la politique institutionnelle et de la santé en général conduisant les infis urgentistes face à l'impossibilité d'agir plus et pouvant conduire aux maladies de longues durées, à des burn out, à de l'épuisement et de la perte de sens. Ont-ils encore le temps de se consacrer à la relation patient-soignant qui leur est si chère ? Quand nous voyons si peu d'idées dans les questions 1 et 2 et ici une seule idée émise dans ce sens, nous pouvons nous poser la question.

4. Expériences vécues aux urgences compliquées par une ou des conditions de travail (question 3) :

→ Total des idées émises pour cette question : 154



Par cette question, nous avons voulu aider les participants de notre enquête à aller plus loin dans leurs explications en partant d'un exemple concret de leur pratique à nous relater et ainsi voir si des données nouvelles apparaissaient ou si certaines, déjà apparues étaient plus finement explicitées.

Nous remarquons que les participants ne sont pas avares d'explications et dans notre analyse de contenu ainsi que dans les entretiens, nous avons pu remarquer qu'ils ne se contentent pas d'expliquer les conditions de travail problématiques mais de montrer comment ils agissent tout de même et d'ailleurs, nous voyons encore dans ce graphique Q3G1 la présence de solutions.

Nous voyons également (et le graphique Q3G2 nous montrera que cela est vrai pour les trois groupes), à quel point les infis ont des ressentis négatifs à la suite des impacts sur le métier et les tâches à accomplir dans des conditions de travail très problématiques. Leur sentiment d'impuissance récolte également un grand nombre d'idées. Viennent s'ajouter à cela les conséquences sur les patients. Des éléments cités dans les 2 autres questions sont à nouveau présents (charge de travail, manque de temps, manque d'effectifs et de moyens) mais nous voyons surtout apparaître des éléments comme l'impact de la combinaison de plusieurs conditions de travail, le comportements des patients dont il avait été très peu question au par-avant, l'entraide entre et dans les équipes, les manières de travailler différentes (vider les zones ou pas ; ceux qui prennent sur eux et se déchaînent alors que d'autres continuent comme si de rien n'était), des difficultés personnelles et de santé suite à la manutention (douleurs), les difficultés de communication avec la hiérarchie/l'institution, le non-respect de l'autonomie et

de l'expérience, les difficultés occasionnées par les programmes informatiques, les difficultés que les jeunes peuvent avoir avec les aînés, les liens entre le domaine personnel et professionnel (craintes notamment durant le covid de « ramener quelque chose à la maison, pour les siens »).

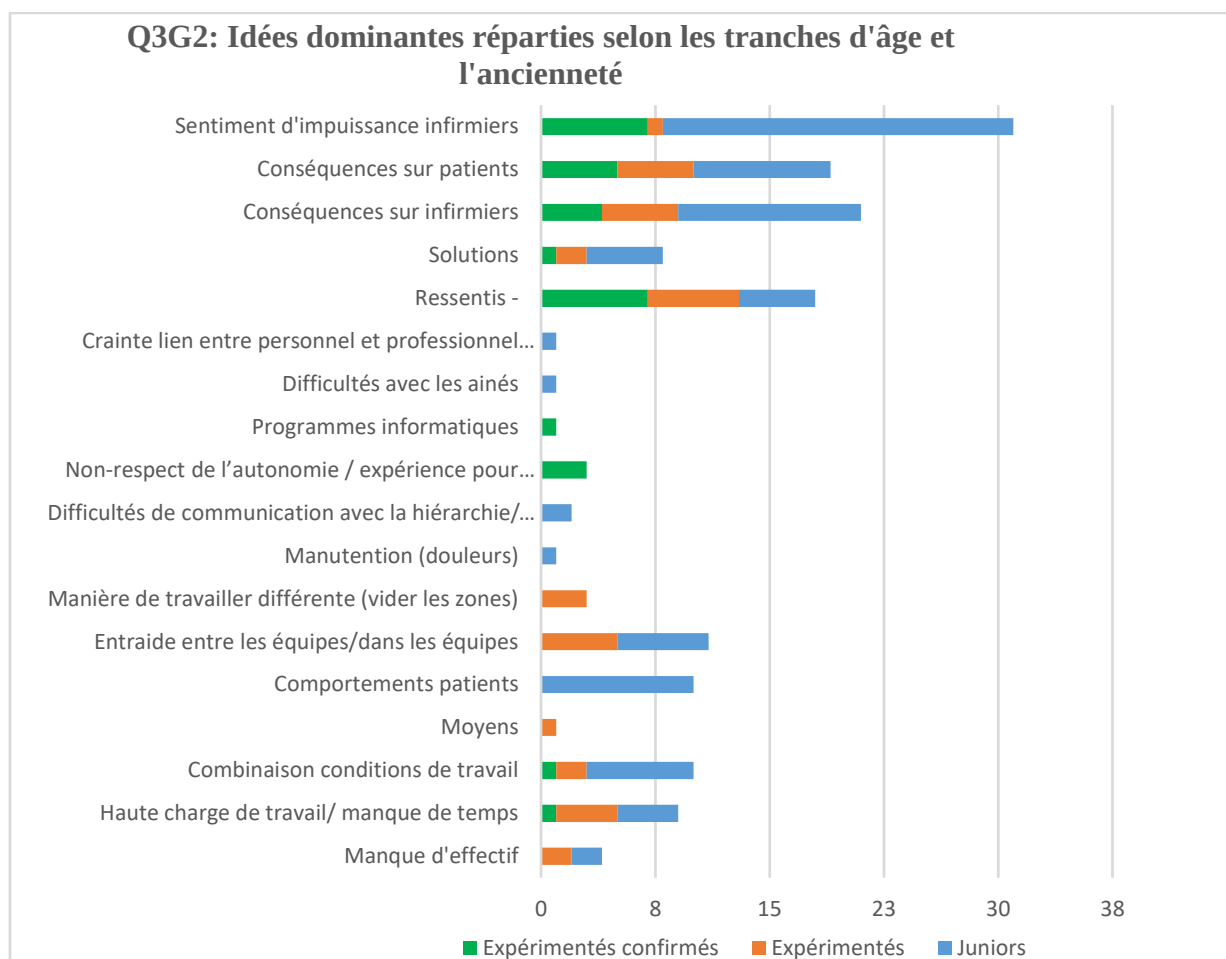
Dans cette question, même si le nombre d'idées est moins conséquent, en effet chaque participant a développé un exemple personnel concret en profondeur, apparaissent **encore de nombreuses clés** qui permettent de comprendre comment :

Les infis agissent directement par eux-mêmes (couvrir des shifts et faire plusieurs zones où il n'y avait pas forcément quelqu'un avant soi, courir tellement et d'un patient à l'autre, être des robots, devoir faire plusieurs zones suite aux absences ou manques d'efficacité, d'expérience de certains, avoir super mal au dos et pousser une personne de 150Kgs car c'est nécessaire, devoir gérer vite sans savoir ce qu'ils ont, demander au 100 de ne plus venir afin de s'occuper de ceux qui sont là; être dépassés pendant la pandémie mais faire son possible, travailler double avec les aînés qui se disent que les jeunes et la relève sont là ; travailler à la chaîne « *Comme on n'a pas le temps, on pique, pique, pique, on donne les médicaments tic/tac malgré qu'on n'a pas le temps* » ; juste faire les gestes techniques demandés, prioriser selon la douleur et l'urgence des soins quand ils sont trop en même temps ; supporter les reproches, ne pas répondre quand cela va être désobligeant, ne pas laisser les remarques négatives empiéter sur le travail, ne pas se laisser faire ; s'adapter).

Les infis agissent avec l'apport d'autres ressources (humaines, infis, d'autres personnels de l'équipe, via des solutions déjà mises en place par la hiérarchie comme l'exemple de trois patients qui arrivent et on doit les intuber en même temps alors qu'on n'est que deux. « *Cette fois-là, heureusement que c'était le matin et qu'il y a les chefs qui sont là* » ; très bons chefs qui aident le matin ; très bons superviseurs très compétents en pédiatrie ; appeler les équipes mobiles mais les urgences ne sont jamais prioritaires ; appeler les équipes mobiles de médecine aigue mais on ne peut les appeler que selon les trous horaires que l'on sait à l'avance ; appeler les chefs mais ils sont souvent dans leurs bureaux et ont le travail administratif).

Alors que les conditions de travail ne leur permettent plus de fonctionner. En effet, le fait de leur demander d'explicitier un exemple concret et illustratif des conditions de travail, a eu pour répercussions de les amener à décrire également leur impuissance même quand ils continuent à agir. **Par exemple** : « *Ça ne peut pas arriver dans notre pays, ça ne peut pas arriver tout court, on est dans l'illégalité* ».

En annexe 7.2, vous trouverez quelques exemples concrets synthétisés des manques conduisant à l'impuissance ou illustrant également comment les conditions de travail impactent l'infirmier dans son quotidien de travail notamment par le manque d'infis, de médecins, de personnel, par les freins à l'autonomie, se répercutant sur la communication, le travail d'équipe, les patients, les infirmiers urgentistes.



Dans ce graphique, nous sommes interpellés de voir le nombre d'idées plus important pour le groupe des **juniors** qui se trouvent dans la profession depuis moins longtemps voire qui viennent d'y entrer. Or, ils font d'emblée remarquer un sentiment d'impuissance relative aux conditions de travail très difficiles ce qui prouve que les lacunes de la profession sont criantes dès l'arrivée dans le métier. Ils sont également les premiers à mettre en avant (en citant 9 fois), les conséquences directes des mauvaises conditions de travail sur les patients (les **expérimentés** et **expérimentés confirmés** le signalent également mais moins fortement). Ils affinent également leur pensée en étant les seuls à parler du comportement des patients qui peut être souvent lourd à gérer. Les **juniors** parlent aussi plus fortement des conséquences négatives des conditions de travail sur le métier d'infirmier. Ils sont également les seuls à parler des problèmes de manutention, des difficultés avec les aînés, la crainte lors du covid de ramener celui-ci chez soi. Les **expérimentés confirmés** eux, parlent des difficultés liées aux programmes informatiques, probablement parce que cet outil est moins de leur génération et les supports papiers ont disparu des pratiques. Ils déplorent le non respect de leur expérience et de leur autonomie possible (exemple de l'accident grave sur la route où ils ont été limités dans l'anticipation de la prise en charge). Les **expérimentés** sont les seuls à parler des moyens manquants notamment au niveau de la formation ainsi que de l'impact des manières différentes de travailler dans une même équipe.

Selon l'expérience de terrain plus importante que pour les **juniors**, nous remarquons que les **aînés** parlent plus du ressenti négatif et des conséquences négatives des mauvaises conditions de travail sur l'infi. Probablement plus difficile à supporter au long des années dans ce métier car ce problème des conditions de travail est décrit comme récurrent, ce qui se relève également dans la partie consacrée à notre contexte.

En résumé, cette question a permis de mettre à jour plusieurs idées qui n'avaient pas encore été mentionnées et d'insister sur les ressentis négatifs et les répercussions de ces mauvaises conditions de travail sur les infirmiers et leurs pratiques mais aussi sur les patients. Même si 8 idées concernent les solutions que les infis mettent en place, le sentiment d'impuissance y a été décrit et très fortement par les **juniors**.

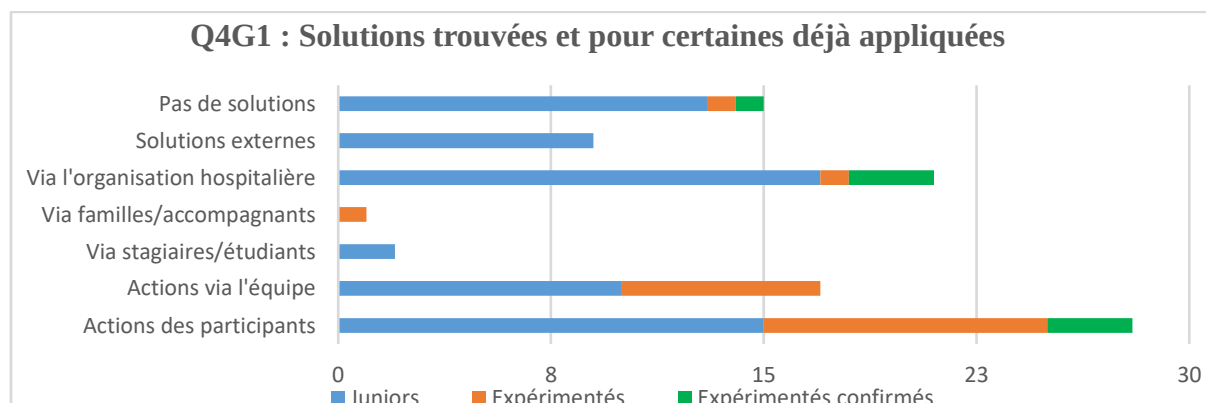
Dans cette question 3, nous voyons se nuancer les solutions où l'infi rebondit de lui-même quand les conditions de travail sont déplorable. En effet, grâce aux exemples concrets décrits par tous les participants nous voyons que l'infi veut réagir ainsi qu'agir envers et contre-tout et quand cela n'est plus possible seul, il continue son action en mobilisant des ressources et personnes qu'il sollicite.

Concernant la relation patient-soignant, seules 6 idées l'évoquent en montrant juste l'absence et/ou les manques pour cette relation.

5. Ce que les infirmiers mettent en place afin de gérer la situation (question 4).

→ **Total des idées émises pour cette question : 102**

Cette question est donc consacrée spécifiquement à la réalité des participants qui malgré les conditions de travail difficiles doivent tout de même faire tout leur possible pour gérer au mieux les situations impossibles car ils soignent des êtres humains dans des situations d'urgence.



Nous voyons par ce graphique Q4G1 que les solutions trouvées sont majoritairement mises en place par le participant et parfois via d'autres personnes ressources. Mais nous voyons aussi clairement que même s'ils se trouvent confrontés à des situations qui leurs semblent inextricables, ne pouvant être solutionnées par eux directement, ils trouvent malgré tout des solutions. Ainsi, ce graphique nous montre la capacité des infis à trouver des solutions à partir des besoins de leur terrain, de leurs patients, des équipes et qu'ils les formulent de sorte que les décideurs puissent à leur tour apporter des solutions que les infis n'ont pas le pouvoir ou les

moyens de mobiliser. Nous constatons que ce sont à nouveau **les juniors** qui contribuent le plus à nous répondre et à apporter des solutions notamment et ils sont les seuls à envisager des solutions externes ainsi que via les stagiaires et étudiants, ce qui est paradoxal dans un hôpital universitaire. Les **expérimentés confirmés** s'expriment peu mais contribuent tout de même à parler des solutions qu'ils peuvent mettre en place eux-mêmes et via l'organisation hospitalière et à évoquer que parfois, il n'y a pas de solutions exploitables par les infis. **Les expérimentés** sont les seuls à parler de mettre à contribution les familles et les accompagnants et à plus mobiliser les solutions directement faisables par les infis ainsi que via l'équipe.

Les idées précédemment citées dans les questions 1, 2, 3, reviennent également ici mais nous reprendrons les solutions moins ou pas encore exploitées dans les autres questions. En annexe 7.3, nous vous les présentons sous forme d'un tableau selon les solutions exploitables entièrement par l'infir (solutions infir), celles exploitables par l'infir via tierce personne (solutions Infir + autre), celles non exploitables par l'infir lui-même (solutions non infir) et enfin le non solutionnable (pas de solutions).

En résumé : Grâce à ce tableau (annexe 7.3), nous pouvons confirmer que les infis urgentistes, ne capitulent pas malgré les conditions de travail très difficiles, ils trouvent des solutions immédiates pour gérer des situations de soins de santé urgents dans les pires conditions. Soit les solutions sont directement exploitables par eux-mêmes ou alors elles sont activées via une collaboration directe avec d'autres ressources. Ils ne manquent pas d'idées pour apporter des solutions aux décideurs (de leur clinique), voire au système général des soins de santé (plus politique de la santé). Malgré tout, travailler dans des conditions de travail problématiques ne peut éviter des situations où aucune solution n'est trouvable par les infis eux-mêmes dans certains cas.

Concernant la relation patient-soignant, nous trouvons dans les réponses à cette question seulement deux idées à ce sujet. Au regard des questions 1, 2, 3, 4, à ce sujet, il semblerait qu'ils n'ont tellement pas de temps pour se consacrer à la relation patient-soignant à force de devoir rebondir constamment par rapport aux conditions de travail difficiles et tout ce qu'elles entraînent de négatif sur le quotidien professionnel, qu'il leur est encore plus impossible de décliner cette relation plus finement.

6. Classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5) :

→ Total des idées émises pour cette question : 331

Cette question nous a permis de reprendre des conditions de travail relevées dans une recherche des auteurs Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010), comme étant problématiques et conduisant le plus, les infirmiers, quels que soient les secteurs, vers l'abandon de la profession. Nous avons ainsi pu nous référer à des catégories de conditions de travail et ainsi les proposer aux 11 participants à notre enquête. Notre but principal était de reprendre les informations selon leurs représentations et leurs pratiques quotidiennes (Q1, 2, 3, 4) et de voir ensuite, à partir d'éléments théoriques, ce qu'ils nous disent (éléments communs, supplémentaires, plus ou moins explicités). Ils ont tout d'abord rempli un tableau que vous

trouverez en annexe 7.5 pour classer les conditions de travail proposées selon qu'elles impactent le plus vers le moins leur travail quotidien au service des urgences. Dans un deuxième temps, nous leur avons demandé de nous les citer en les expliquant, les illustrant, objet des graphiques suivants.

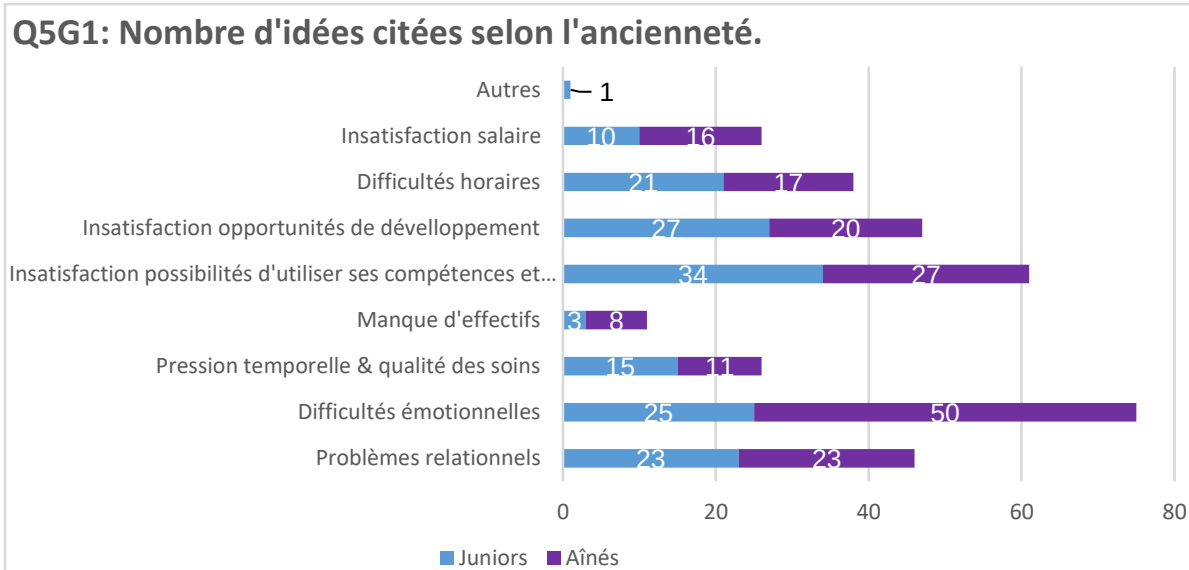
Ce qui nous apparaît le plus dans leur classement, est qu'ils sont assez unanimes quant à citer **le manque d'effectif** en première position pour 7 participants dont la majorité des **juniors**, des **expérimentés** et des **confirmés**. Deux participants le classent également en 2e position. Ils se regroupent tous concernant **la pression temporelle et la qualité de ses soins** de la première position à la 4e position mais situés majoritairement dans la 2e position ; ils sont très partagés quand ils parlent des **conditions horaires** et leurs classements se situent de la première position à la 8e position avec les **juniors** qui se regroupent essentiellement dans les premières positions 2 à 4 ainsi que les **expérimentés confirmés** pour la 4e position. **L'insatisfaction du salaire** ne semble pas gêner trop fortement la majorité des participants (5e et 6e positions pour les 3 groupes). 6 participants, essentiellement des **juniors**, ne semblent pas être en difficulté face à la condition de travail liée au **domaine émotionnel** (positions 7 et 8) et **3 expérimentés** et **confirmés** le situent en position 4 et 5. Les **problèmes relationnels** se positionnant, eux, majoritairement à la 5e position (5 participants dont 3 **juniors** et deux **expérimentés**) 3 participants occupent les places 6, 7 et 8 (Un **junior** et deux **expérimentés confirmés**).

Observations de terrain :

Nous avons constaté lors de nos entretiens, que les participants avaient eu moins de spontanéité pour répondre à cette question 5 au regard des questions 1, 2, 3, 4. Ils semblaient déstabilisés comme s'ils se mettaient plus de pression sur des attendus dans leurs réponses par le fait de voir une recherche qui a mentionné clairement et théoriquement des conditions de travail qui sont en difficulté et qui corroborent leurs dires.

Vous trouverez également en annexe 7.4 quelques-unes de nos observations issues des entretiens montrant des données différentes selon le remplissage du tableau et les explicitations de celui-ci.

Pour aller plus loin, voici le graphique Q5G1 qui nous permet de vous partager les idées émises, selon les conditions de travail et en fonction des deux groupes constitués selon les **juniors** et ceux qui ont de l'expérience : **ânés** (donc **expérimentés** et **expérimentés confirmés**).



Nous voyons d'emblée que les deux groupes, quelle que soit l'expérience de terrain, se répartissent semblablement dans les conditions de travail mais que chez **les juniors**, une idée « autre » apparaît : l'environnement austère dans les hôpitaux.

Nous observons aussi que l'idée la plus explicitée qui apparaît en premier concerne **les difficultés émotionnelles** alors que ce n'est pas ce qui revenait dans les premiers et plutôt même vers la fin dans le tableau. Nous voyons qu'apparaît ensuite **l'insatisfaction des possibilités d'utiliser sa compétence et d'exercer son autonomie** ainsi que **l'insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail puis les problèmes relationnels**, alors que ces deux éléments n'étaient pas relevés comme étant en difficulté majeure dans les conditions de travail problématiques. **L'insatisfaction par rapport au salaire** semble équivalente tant dans le tableau que dans les explications. De façon tout aussi claire, **le manque d'effectif ainsi que la pression temporelle et la qualité de soins** sont beaucoup moins explicités.

On peut dire que les éléments principaux du tableau, en tout cas ce qu'ils placent en position 1 et 2 (le manque d'effectif et la pression temporelle ainsi que la qualité de soins) comme étant donc criant de difficultés par rapport aux conditions de travail de l'infirmier urgentiste, ne sont paradoxalement peu voire pas explicités. Est-ce tellement évident ? Y a-t-il une lassitude à le répéter encore et encore ? Cette hypothèse pourrait se tenir au regard du contexte développé dans notre mémoire. De même un participant quand il parlait des conditions de travail déplorables au niveau des effectifs, comme si c'était une évidence pour lui, nous a dit : « *comme je l'ai déjà dit* », alors qu'il n'avait pas développé mais juste cité cet élément dans les questions précédentes.

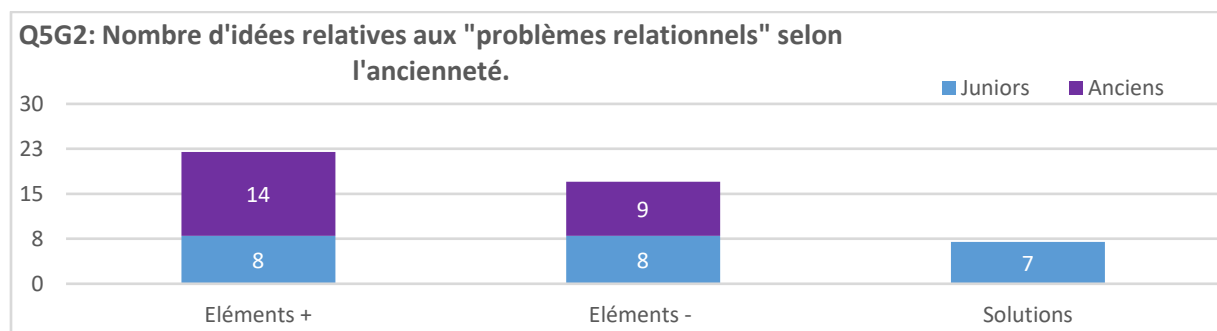
On pourrait également se demander si cela n'est pas dû au fait qu'ils appliquent tellement directement des solutions pour réagir face à ces manques dans leur quotidien de travail depuis si longtemps, qu'ils ne voient peut-être plus d'autres pistes qu'ils puissent encore mettre en place ? Ou plutôt, une fois que les solutions concernent des aspects financiers, décisionnels ou de politique de la santé plus globale, alors qu'ils nous ont montré dans les questions précédentes

qu'ils ne manquent pas d'idées de solutions, sont-ils bloqués quant à agir plus loin car ils ne sont ni financiers, ni décideurs ?

Lorsque nous regardons la 2e partie de la question qui consistait à expliciter les choix cochés dans le tableau, nous pouvons remarquer que c'est l'inverse qui se produit concernant les idées et explications assez nombreuses données sur des éléments qui n'étaient pas considérés comme étant les plus problématiques au niveau des conditions de travail en difficulté. En fait, comme l'ont dit certains participants qui auraient voulu mettre plusieurs conditions en 1 ou placer des ex-aequo à certains endroits, tout est assez gravement problématique et ils en fournissent beaucoup d'explications ainsi que concernant les solutions qu'ils déploient eux-mêmes. Et comme nous l'ont signalé trois participants, le manque d'effectif et la pression temporelle se répercutent sur la qualité de soins sous-tendant toutes les autres conditions.

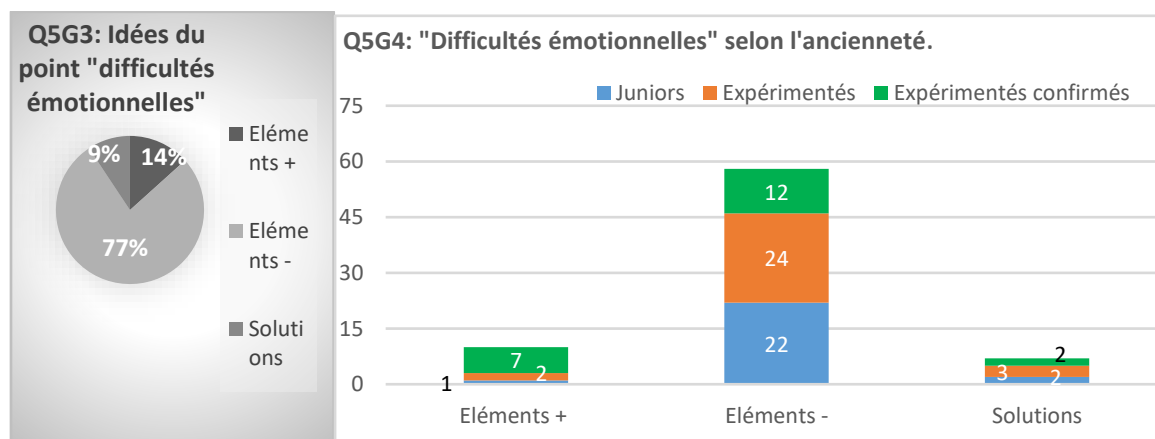
Voyons donc plus en détail chaque condition de travail en particulier en relevant les éléments positifs, négatifs et de solutions par condition de travail :

1. Problèmes relationnels



Les éléments négatifs comme le métier et climat durs, difficultés avec les différents acteurs (hiérarchie, patients, accompagnants, avec la tour d'hospitalisation) le sentiment d'impuissance (jugements, durs si pas de soutien des supérieurs) et les éléments positifs (Pas de soucis, bonne entente, soutien) sont bien représentés et particulièrement ces derniers, surtout par les anciens (**expérimentés** et **expérimentés confirmés**). Seuls les **juniors** émettent quelques solutions comme les team-buildings, le fait de relativiser, oser demander de l'aide et faire des compromis.

2. Difficultés émotionnelles



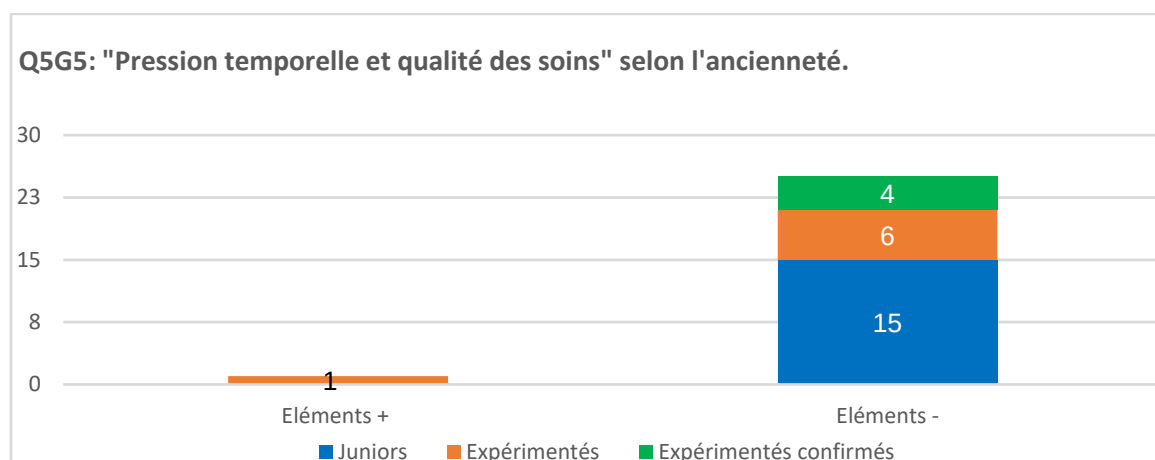
77% des idées concernent des éléments négatifs, 14% seulement de positif et 9% qui concernent des solutions aux difficultés alors que si nous nous étions contentés de demander de remplir un tableau classant les conditions de travail, nous n'aurions pu reprendre les discordances entre les explications et les éléments du tableau.

Nous voyons, par tranches d'âges et expériences que les expérimentés expriment 7 idées concernant des éléments positifs comme la force de l'équipe, être bien dans son métier et travailler avec des personnes que l'on connaît, parler des difficultés avec ses proches, avec des infis extérieurs, avec le soutien psychologique.

Ils évoquent 2 idées négatives en plus (24) que les juniors. Mais si nous regardons au total des infis expérimentés et expérimentés confirmés ils apportent 36 éléments négatifs contre 22 chez les juniors. Les éléments négatifs concernant les temps partiels, des situations émotionnelles difficiles personnelles, pas d'attention, des difficultés avec différents acteurs (la hiérarchie, les adjoints). L'expérience étant probablement un plus concernant la capacité de recul et d'analyse de l'émotionnel. Les trois groupes s'expriment de façon équivalente pour les solutions.

Les pistes de solutions concernent l'attention au secret professionnel, à la distance professionnelle à établir plus facilement puisque l'hospitalisation dans le service des urgences (même si les temps d'attente sont énormes) est de courte durée. La solution principale étant de persévérer.

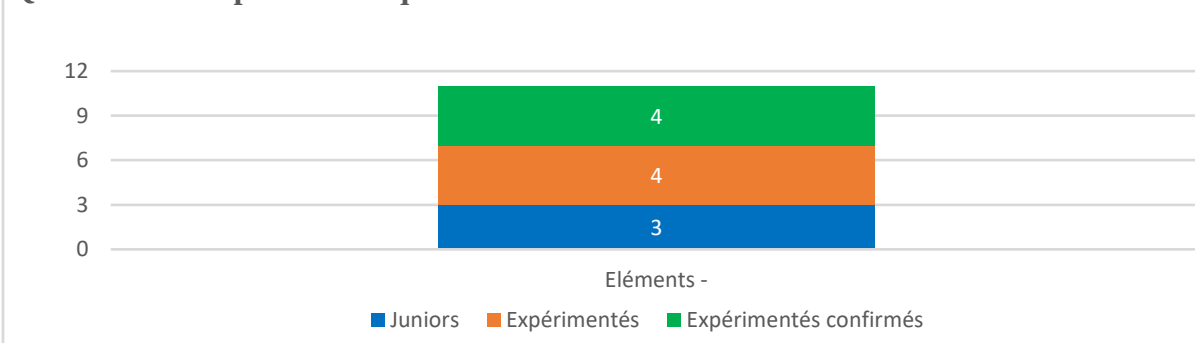
3. Pression temporelle et qualité des soins



Les résultats de l'opinion des infis concernant cette condition de travail sont assez clairs (même avec cette condition difficile, toujours passionné par le métier), 1 seul élément positif, **pas de solutions** et uniquement des éléments négatifs comme la peur des erreurs, la manque de temps auprès des patients, la réduction des moyens, le travail à la chaîne, trop de responsabilités et de pressions, rupture de réalité avec la hiérarchie, lien entre pression temporelle et le manque d'effectif.

4. Manque d'effectif

Q5G6: Idées du point "manque d'effectif" selon l'ancienneté.



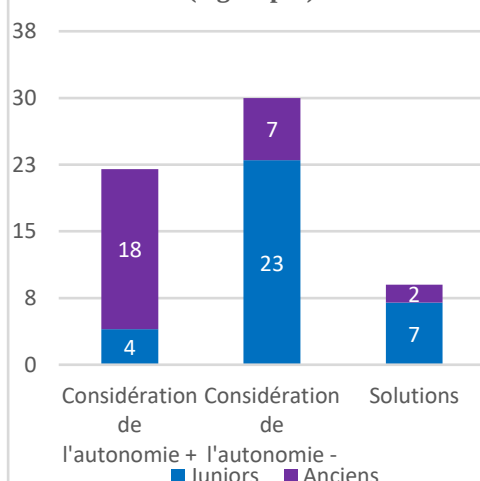
Nos constats et analyses concernant le manque d'effectif semblent s'affirmer plus encore. En effet, les idées sont constituées à 100% d'éléments négatifs de façon assez équilibrée entre les groupes mais avec une prédominance, à nouveau pour les infis **ânés** (**expérimentés** et **expérimentés confirmés**) qui apportent 8 éléments d'idées contre 3.

Ils déplorent à nouveau que le manque d'effectif qui joue négativement sur toutes les autres conditions de travail, ils observent une diminution des futurs étudiants et futurs collègues, l'impact de l'absentéisme sur la particularité que le service des urgences est très sectorisé, les normes de personnel relevées par la hiérarchie ne correspondent pas à la réalité effective sur le terrain, la réduction des moyens.

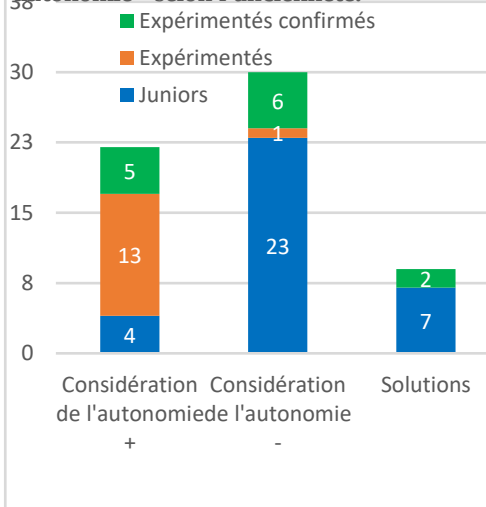
En résumé, comme le signalait un participant, trop de patients, dans un lieu trop restreint, avec un manque de personnel énorme, un flux qui ne suit pas, dans un manque de temps, empêchant de travailler correctement. Tout cela impactant directement la relation avec le patient. **Aucune solution n'est présentée.**

5. Insatisfaction de la possibilité d'utiliser ses compétences et d'exercer son autonomie

Q5G7: "L'insatisfaction de la possibilité d'utiliser ses compétences et exercer son autonomie" selon les l'ancienneté (2 groupes).



Q5G8: "L'insatisfaction de la possibilité d'utiliser ses compétences et exercer son autonomie" selon l'ancienneté.



Les **ânés** (**expérimentés** (13) et **expérimentés confirmés** (5)) et les **juniors** contribuent avec des considérations positives à cette condition de travail et les **juniors** y contribuent beaucoup moins, ce qui est l'inverse pour les considérations négatives où les jeunes émettent 23 idées. C'est surtout les **juniors** (7) qui apportent le plus d'idées de solutions.

Cette condition de travail étant moins citée dans les 4 premières questions, nous avons illustré ici quelques-unes des idées des participants :

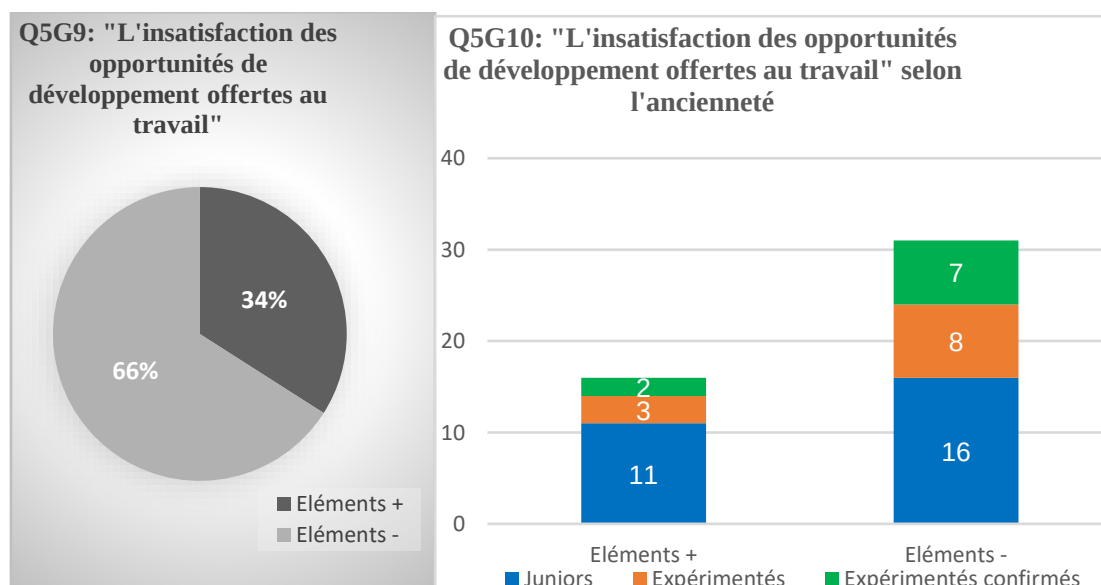
- **Positifs** : assez libres, connaissance de ce que savent faire les infis, les médecins débutants assez stressés laissent faire des choses, quand les médecins et assistants font confiance on peut faire plus de choses, apprendre des choses aux jeunes dans l'équipe, hôpital universitaire : on peut apprendre des choses qu'on ne connaît pas quand on arrive, la hiérarchie sait qu'on va gérer et qu'on ne peut tout gérer tout seul, on soigne des personnes proches de la mort.

- **Négatifs** : pression, trop de choses à faire, trop de responsabilités, les médecins reprochent de prendre trop peu d'initiatives mais limités par la fonction, limités dans nos actions même si on est expérimenté et en cas de grosses urgences où il faut anticiper, on ne nous pousse pas assez, on soigne trop de personnes qui ne sont pas de réelles urgences, ça manque d'enjeu et de projet pour le service, difficulté pour l'infir qui doit former et informer des médecins et assistants qui changent tous les 6 mois, moins de confiance pour les juniors.

- **Solutions** : prescrire des médicaments autorisés mais pas sans l'avis du médecin, faire un master pour pouvoir se reconvertir plus tard, avoir des pauses réelles, se faire mutuellement (médecins/infirmiers) confiance face au turn over.

6. *Insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail*

Comme la précédente, cette condition de travail étant moins citée dans les 4 premières questions, nous avons, en plus de l'analyse des graphiques, illustré ici quelques-unes des idées des participants.



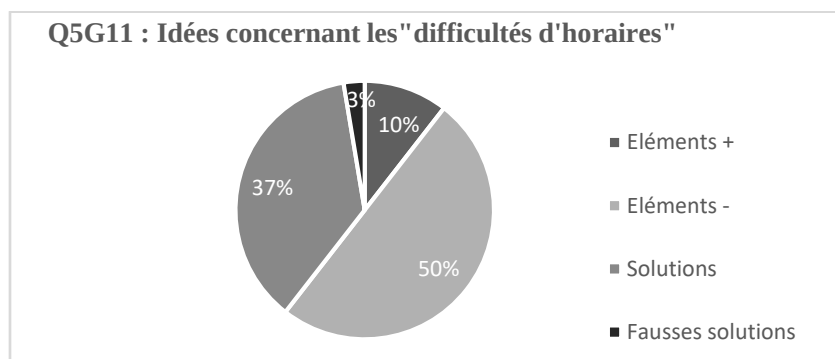
Nous constatons que cette condition de travail ne trouve **pas de solutions** proposées par les participants, que ce sont à nouveau les éléments négatifs qui l'emportent presque à part égale entre les juniors et les aînés (expérimentés + expérimentés confirmés). Par contre, les juniors apportent beaucoup plus d'idées positives.

- **Positif** : titre qui offre beaucoup de possibilité d'emploi, pouvoir faire beaucoup de choses avec le diplôme d'infirmier (domicile, centre, autre service, autres tâches exemple prises de sang, plâtres), pouvoir devenir manager, faire un master, se développer dans les différents secteurs (ambulatoire, UO, puis réa, après 6 mois pédiatrie, faire le SMUR, parfois c'est offert, par exemple, à Saint-Luc, se former dans un autre service, lien en ligne à ce sujet, il existe en interne les mutations, les nouveaux défis. Saint-Luc offre quand même la possibilité de se développer/ pouvoir faire une autre mission pendant 3 ans, revenir Infirmier 1 an puis faire mi-temps dans les « 2 métiers ». Quand les propositions de formations externes sont bien défendues, Saint-Luc les écoute, important de se former, si les chefs poussent à se former c'est qu'ils sont contents.

- **Négatif** : pas toujours ouverts à tout en externe, pas aidés au niveau des formations, devoir tout payer, ALS payé par l'hôpital précédent, mais EPALS et PHTLS non payés par Saint-Luc (1500 euros), important pour rester à jour et garder de la qualité, si en soins intensifs et changement vers les urgences, budgets restreints pour les formations. Ça n'arrange personne, les formations (coût, personnes hors emploi à ce moment-là, remplaçants à rémunérer). Dès que des difficultés horaires surviennent c'est la première chose qui est « rabotée ». Faire un master en santé publique pour trouver mieux ailleurs plus tard, vouloir quitter son poste plus tard comme infirmier aux urgences. Pour certains, le but ce n'est pas de faire infirmier aux urgences mais le faire pour acquérir de l'expérience et puis aller ailleurs, si on a une vie de famille ne plus vouloir ces horaires, « *ouvrir un truc à moi et pouvoir être soi, faire ses propres choix* ». Parfois difficile d'avoir toujours quelqu'un au-dessus de soi, pas qui te surveille mais ! Sensation que « *c'est jamais bien* », remarques des autres services, on te dit que c'est pas comme cela qu'on fait or chaque service à son truc, rivalité entre les services. Les personnes spécialisées deviennent formateurs des autres mais cela n'est pas attractif car il n'y a que l'heure donnée qui est un peu payée.

- Voici un résumé synthétisé faisant le lien avant et actuel : il y a 30 ans, le métier avait une autre signification, on parlait peu de développement, le contexte de travail était fort différent. Mais aujourd'hui ce n'est plus pareil face aux conditions de travail très difficiles, au salaire qui ne correspond pas à tout ce qui est fait, à l'horaire peu confortable, la charge émotionnelle et la reconnaissance qu'on a dans le privé. Sans compter les chefs (adjoints) dont la charge est difficile, avec toutes les responsabilités face à des gros services, qui n'ont même pas une voiture de fonction/ pas de chèques repas, pas de repas de midi. C'est la faute du structurel, pas de l'hôpital.

7. Difficultés d'horaires

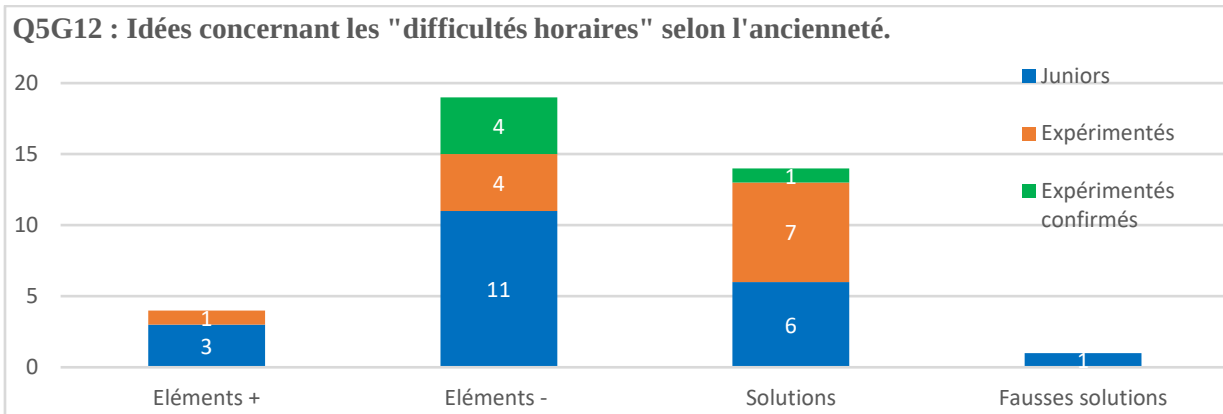


Dans ce graphique, apparaît un élément nouveau lié à une recommandation dans le groupe des **junior**s quant à se méfier des fausses solutions comme par exemple celle des horaires de 12 heures, alors que les infis le font déjà le week-end mais dans une grosse équipe de 80 personnes aux urgences, beaucoup (50%) n'étaient pas d'accord donc ce n'est pas passé. Une deuxième alerte concerne le fait de la tentation de supprimer du personnel (par souci d'économie) selon des jours où il y a eu exceptionnellement moins de monde, c'est-à-dire un nombre correct et en équilibre d'entrées par rapport au personnel. C'est une fausse solution car bien souvent, les lendemains sont dans une surcharge totale.

Les critères positifs sont peu nombreux (10 %) par rapport à ce qui est négatif (50%) et difficile dans le métier d'infis aux urgences. Au regard des questions précédentes et de cette question 5, ce n'est pas des horaires qu'ils se sont plaints le plus mais ici, ils détaillent en quoi les horaires sont compliqués dans ce métier.

Ce qui tempore et fait qu'ils n'ont pas placé cette condition dans les plus problématiques semble être le fait qu'ils soient au courant quand ils s'engagent dans cette formation, ce métier et ces spécialisations au service des urgences en conscience du fait que les horaires seront particuliers voire très difficiles mais le fait de soigner l'humain, et spécifiquement lorsqu'il se trouve dans des situations d'urgence vitale, parfois entre la vie et la mort, semble faire partie du « package » lié à un métier qu'ils ont choisi, bien souvent pour aider, par souci de contribuer à ce que l'autre aille mieux (ce que nous verrons dans la partie consacrée aux éléments qui ont amené ces participants à choisir ce métier et particulièrement au service des urgences).

Ils s'accommodent donc peut-être plus facilement des réalités horaires que des difficultés liées aux conditions de travail et ont d'ailleurs des solutions qu'ils exploitent directement. On voit le critère solution, très présent dans cette partie (37%) ajouté aux fausses solutions (40%).



Dans ce graphique, les **juniors** contribuent le plus aux idées totales (21) et 3 idées pour les éléments positifs (peut-être car ils sont plus nouvellement arrivés dans la profession et pas encore trop essoufflés) ? Alors que les **expérimentés confirmés** s'expriment très peu dans cette question et essentiellement quelques idées dans le négatif. S'y sont-ils plus encore habitués au fil du temps ?

Néanmoins, il faut se préoccuper de cette condition de travail car malgré son positionnement, il faut savoir que les horaires sont reconnus par les infis comme étant difficiles, super lourds, jouant sur le bien-être, le physique, la récupération fatigante (nuit puis 3 jours de récupération puis de jour), pas sain, fatigant, en lien avec le manque d'effectif, surtout quand il faut revenir travailler et même s'ils le savent quand ils s'engagent, cela reste dur à vivre, difficile quand à temps plein (minimum 1 week-end par mois ; des soirs ; des matins ; des 15-23 ; des 10-18 ; ...), (de nuit puis récup puis de jour), rend la vie de parent compliquée (difficultés avec les horaires scolaires) et cela pourrait susciter le changement de métier d'autant que les difficultés se répercutent sur les horaires au niveau social, hobbies (plus encore les nuits).

Quelques éléments peuvent y être favorables mais pas assez comparé à la lourdeur des horaires. Par exemple, possibilité de proposer des desideratas horaires s'ils sont donnés trois mois à l'avance, les chefs essaient que les horaires arrangent un maximum. Les infis peuvent « faire leurs courses » quand il n'y a personne la semaine et si un truc perso est à faire du matin, il y a possibilité de demander de faire un soir à la place.

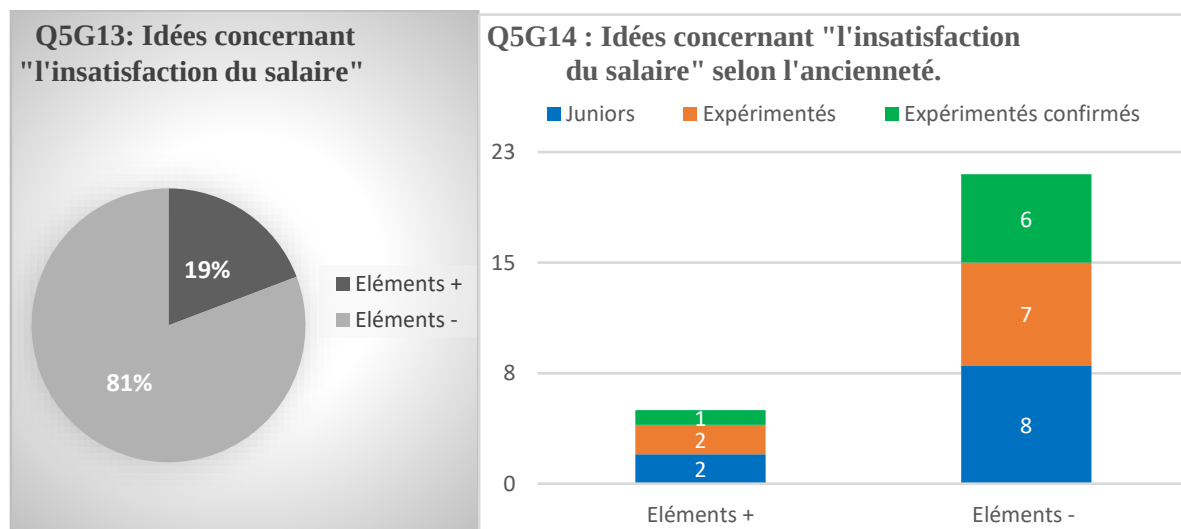
Concernant les solutions : si l'infirmerie n'est pas fan des nuits, il peut demander à ne plus en avoir, essayer de s'arranger et combiner car ça fonctionne très souvent des demandes de changement. Pour les remplacements, les infis ne sont pas obligés de revenir, les chefs demandent et si c'est non et bien c'est non. En cas de maladie, ils ne mettent pas de pression et disent bon rétablissement, il y a du respect car ils savent ce qu'on fait, la fatigue et qu'on fait déjà beaucoup, ils nous remercient et même par mail si on est revenu, pas de forcing pour les horaires de nuit, en plus, ceux-ci sont beaucoup demandés car mieux payés. Dans certaines fonctions il est possible d'être off les week-ends et jours fériés.

8. Insatisfaction du salaire

Grâce aux graphiques Q5G13 et 14, nous pouvons dire que le salaire n'est pas ce qui conduirait en premier un infirmier aux urgences à arrêter son métier selon les participants. Ils ont bien sûr des améliorations souhaitées au regard du nombre d'idées négatives qu'ils avancent et sont plutôt unanimes dans les trois groupes. Ils repèrent néanmoins quelques éléments positifs. Nous voyons ici qu'**aucune solution** n'est apportée par les participants. Ce qui était également le cas pour les conditions « pression temporelle et qualité des soins », « manque d'effectif », « Insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail ». Ce qui vient étayer nos précédentes hypothèses où nous pensons que les infirmiers urgentistes n'ont ni le pouvoir économique, ni le pouvoir décisionnel puisque ces 4 conditions de travail difficiles sur les 8 nécessitent un budget et des choix structurels, de l'organisation et plus politiques afin d'être résolues.

Notre choix fut donc judicieux de proposer les 4 premières questions car elles ont permis de montrer que les participants pouvaient se servir de leur expérience de terrain pour fournir des solutions utiles et adaptées, là où ils ont mis en place ce qu'ils pouvaient et là où ils n'ont pas de moyens d'action sur les décisions.

En termes de solutions, nous pouvons également nous baser sur les éléments positifs qu'ils nous apportent dans les différentes questions comme étant des éléments à conserver, ce qui en soi est déjà une solution partiellement ou totalement en place de façon épisodique ou pérenne.



Voici quelques éléments relevés comme dans la catégorie **junior** un étonnement d'être bien payé en regard du peu d'heures, ou qui pensaient avoir beaucoup moins au début.

Certains trouvent qu'ils ne sont pas si mal payés à Saint-Luc, qu'ils ne font pas cela pour l'argent.

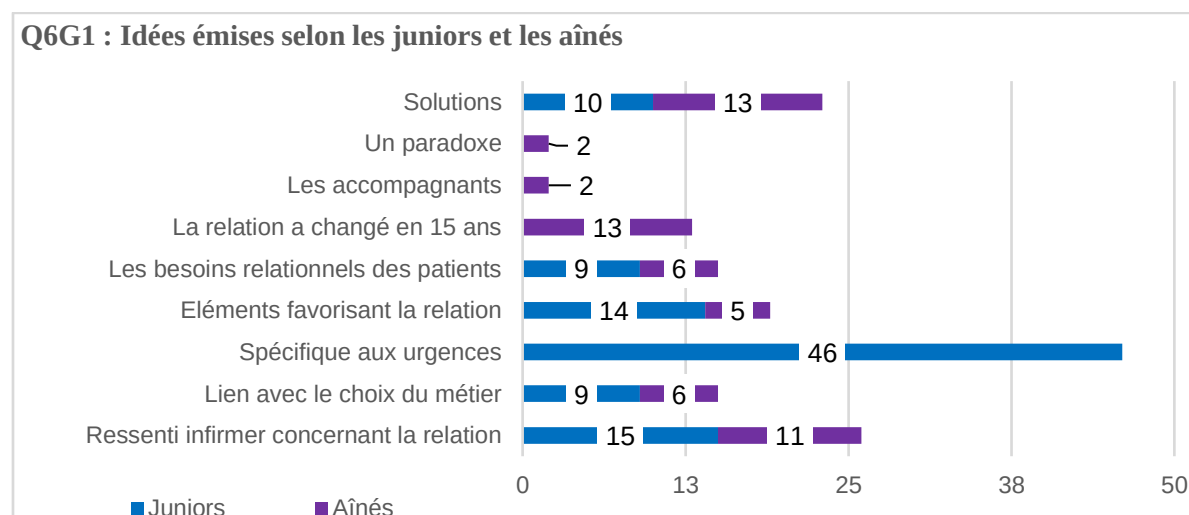
Cependant beaucoup trouvent que c'est trop peu rapport à ce qui est fait, à la charge émotionnelle, aux responsabilités et que cela peut affecter le travail.

Ils trouvent qu'un effort pourrait être fait au niveau fédéral, que les études qui sont passées à 5 ans pourraient être revalorisées, que la prime covid de 1600 euros mais brut donc réellement 800 euros sur le compte avec tout ce qui a été fait à ce moment et dans quelles conditions de crises. Qu'il n'y a pas d'autres avantages que le salaire (chèque repas-assurances- primes de bilinguisme) et encore à la Noël (prime de fin d'année) on a quelque chose et c'est taxé à 60%. Qu'une personne de l'entourage fait du théâtre, donne 20h semaine et gagne la même chose alors que l'infi fait des nuits, des week-ends et beaucoup plus d'heures. Ils sont mieux payés dans le privé. Pour certains, le salaire est moindre à Saint-Luc que dans d'autres hôpitaux, ce qui pousse à aller voir ailleurs. De même, des personnes font des horaires difficiles par choix, pour être payés plus mais lorsqu'ils sont en certificat, ce n'est pas tenu en compte et du coup ils sont payés au minimum.

REMARQUE : sur l'ensemble des idées relatives à cette question 5, nous avons relevé seulement 5 idées qui concerne le relationnel et encore, pas spécialement relatives à la relation patient-soignant.

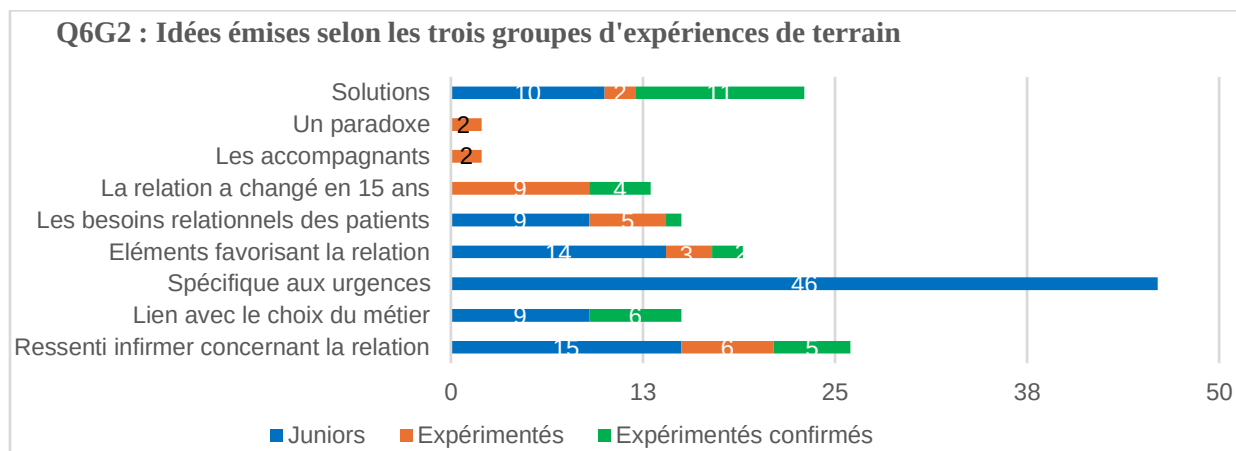
7. Ce que les infis pensent de la relation avec le patient (question 6) :

→ Total des idées émises pour cette question : 161



Le graphique Q6G1 nous permet de visualiser que l'idée qui l'emporte concerne la relation spécifique aux urgences mais nous voyons que seuls les **juniors** en parlent. Les idées qui concernent le ressenti infirmier (positif et négatif concernant la relation) arrive en deuxième position avec un score proche pour les deux groupes (2 idées de plus pour les **juniors**) et il en va de même pour les solutions qui remportent 23 idées et nous montrent à nouveau, malgré que les questions relatives à la relation patient-soignant soient moins étayées et comprennent nettement moins d'idées que pour les conditions de travail (total des idées de la question 1 sur les conditions de travail : 237 ; total des idées de la question 6 sur la relation : 161), nous observons à nouveau cette volonté des infis de rebondir dans les conditions de travail difficiles et malgré le peu de temps qu'ils sont en mesure d'accorder à la relation dans leur quotidien au service des urgences (cette fois 3 idées de plus pour les **aînés**). Nous voyons dans le graphique Q6G2 que les **expérimentés confirmés** contribuent le plus aux idées de solutions avec les

juniors. Les éléments favorisant la relation apparaissent plus chez les **juniors** (14 idées). Les **aînés** mentionnent que la relation a changé en 15 ans et apportent deux idées à eux seuls : une concernant un paradoxe dans la relation et l'autre qui concerne les accompagnants.



- **Ressenti infirmier concernant la relation :**

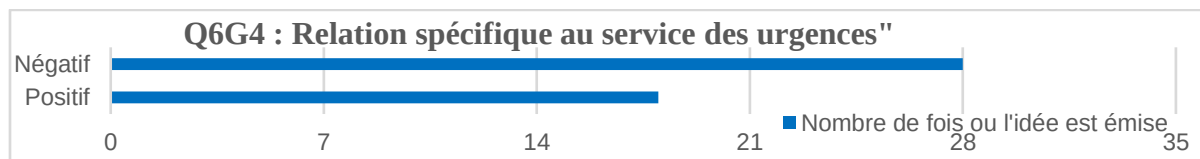


Les infis **juniors** ont communiqué beaucoup d'idées négatives concernant la relation mais aussi quelques positives. Les **expérimentés confirmés** ont exprimé uniquement leurs ressentis positifs. Les **expérimentés** ont plus d'idées positives. Au regard de la synthèse de l'analyse de contenu (voir annexe 6) qui reprend les idées transcrites à partir des entretiens et sont regroupées grâce à des rubriques thématiques, nous pouvons remarquer que les ressentis des infis sont tantôt négatifs, tantôt positifs. Ils sont partagés entre ce qu'ils pensent, ce qu'ils souhaitent et ce qu'ils ne voudraient pas transiger concernant la relation patient-soignant qui est un des éléments fondamentaux pour lequel les infis choisissent souvent leur formation puis leur métier (voir dans le guide d'entretien en annexe 3, point B question 6 : « Qu'est-ce qui vous a conduit à exercer ce métier ? ») et la réalité de terrain des conditions de travail problématiques qui souvent décident pour eux, les obligent à réagir envers et contre tout au risque d'une perte importante au niveau relationnel.

Négativement, ils décrivent la relation patient-soignant comme étant compliquée, difficile, ce qu'ils regrettent. Ils ont l'impression de travail bafoué, ce qui est frustrant car même s'ils font de leur mieux, ils voudraient faire mieux mais sont limités par les conditions de travail difficiles, par un trop grand nombre de patients et par les effets covid. Ils regrettent de ne pas gagner du temps pour être en relation avec le patient quand les jobistes sont disponibles car ils ne peuvent pas faire tous les actes techniques. De plus, les infis doivent quitter leurs secteurs pour venir faire les actes techniques de ces jobistes régulièrement.

Positivement, ils trouvent la relation patient-soignant hyper importante/capitale/vitale/indispensable/primordiale, l’infi étant leur guide de soin qui donne le médicament, fait la prise de sang, oriente mais en plus est un humain en contact avec un/des humains, avec un affect, une sensibilité. Ils trouvent qu’en général la relation avec le patient est bonne, (7/10) respectueuse, courtoise dans la compliance, jusqu’à un certain point (sauf lorsque, pour le patient, l’attente est trop longue, qu’il a l’impression que ses attentes ne sont pas satisfaites, qu’il y a eu des manquements, ou qu’il n’est pas suffisamment informé). D’ailleurs, quand un patient est sympathique, ils se le disent dans l’équipe.

- **Relation spécifique aux urgences :**



Seuls les **juniors** ont alimenté ce point qui est très intéressant car directement lié à ce service très particulier. Nous voyons que c’est le négatif qui l’emporte allègrement, même s’il y a un apport **d’éléments positifs** comme le fait que ce soit un beau défi de devoir rentrer très vite en relation avec les patients, d’avoir très vite une relation thérapeutique, les appeler « Monsieur » ou « Madame » et ne pas crier leur nom de famille leur fait plaisir, leur sourire. L’infi est le premier à les voir et souvent ils seront hospitalisés, donc les mettre en relation de confiance, qu’ils soient compris, qu’ils osent poser leurs questions, qu’ils fassent confiance à notre système de santé dans l’hôpital est capital. C’est 100 % d’adrénaline, assez technique mais où la relation est là car quoi qu’il arrive c’est un patient et un soignant. La relation thérapeutique de base qui va parfois plus loin que ça.

Par contre, **négativement**, cette relation est très courte, peu de temps et peu de relation car aux urgences ils partent très vite, les infis ne voient pas les patients longtemps car soit les patients rentrent à la maison soit ils sont hospitalisés, les infis ne les connaissent pas, aux urgences, on n’a pas le suivi long. Malheureusement, ils ne peuvent pas prendre le temps, ils ont trop de boulot, prendre le temps et poser plus de questions aux patients comme dans les stages ou quand ils sont étudiants est impossible. Quand ils font « le tri », ça va super vite, ils ne prennent plus le temps. Ils doivent faire les gestes techniques et expliquer après. Aussi, dire : « Je vous mets la couverture », ce n’est pas vraiment une relation. Il se demandent aussi quelle relation développer pour les patients qui viennent tous les jours ? Malheureusement, ils doivent aller plus vite, ils le regrettent et souhaiteraient plus de temps pour être au chevet du patient, pour parler, donner à manger : ce serait idéal mais c’est quand même compliqué à atteindre.

Autres éléments définissant ou expliquant la relation patient-soignant

Nous allons aborder aussi ces points car ce sont autant d’éléments pouvant aider à améliorer la relation en remédiant à tout ce qui est plus négatif, en favorisant ce qui est positif, en s’appuyant sur des solutions qu’il est possible de mettre en place soi-même ou en proposant des solutions sur lesquelles les décideurs pourraient s’appuyer pour faire leurs choix décisionnels en fonction des budgets et autres facteurs.

Les infis parlent aussi :

- **Du lien avec le choix du métier (voir point présentation des participants D.1).**
- **Des éléments favorisant la relation :**

Comme la sécurisation et la communication par exemple, en expliquant le déroulement afin que les patients ne soient pas trop dans l'inconnue, par prévention pour qu'il y ait moins de sonnettes. C'est important de se présenter et dire ce qu'on va leur faire, les mettre à l'aise, les distraire quand on leur fait le geste technique en leur parlant, que les patients nous fassent confiance et se disent cette personne est bienveillante car ils ne viennent pas par plaisir à l'hôpital, ils ont mal, ne sont pas diagnostiqués, avec leurs barrières des lits, stressés, ne savent pas appeler pour uriner. La mise en place et la sécurisation sont importantes. Il faut les considérer comme une personne à part entière. Il est quand même possible de vite avoir un contact avec le patient aux urgences. Un participant disait : *« On s'est rendu compte en parlant qu'on avait plein de points communs et je suis restée plus longtemps dans la chambre et on me cherchait, heureusement il n'y avait pas trop de travail. Bien sûr, ce ne sont pas des relations où on va aller boire des verres après mais c'est agréable même si elles sont éphémères »*.

- **Des besoins relationnels des patients :**

« Les patients ont besoin d'entrer en relation aussi », « on le voit quand on passe donner les médicaments, ils ont envie de nous parler, surtout dans l'unité d'observation, le patient doit aussi parler avec nous, se sentir à l'aise pour éviter les frustrations, l'agressivité ». « On peut rendre les patients partenaires même s'ils sont alcoolisés ou agressifs, les avoir dans notre camp pour savoir mieux les soigner car les patients des urgences sont multivariés en âges et réalités ». « Il faut donc savoir décrypter, calmer, tenir compte du somatique car un patient n'est pas un carton avec une étiquette dessus ».

En ce qui concerne la relation avec des personnes dans le coma, intubées, où ton émotionnel te dit de tout faire pour que cette personne soit bien pour quand elle se réveillera même si ce n'est pas là, même si la famille qui doit sortir dans ce cas ne le voit pas, c'est un type de relation particulier, quand on le fait bien, on a un sentiment très positif d'accomplissement.

- **De la relation patient-soignant qui a changé en 15 ans :**

Nécessité de s'adapter car le monde évolue, la relation patient-soignant évolue, les gens sont plus anxieux et viennent moins aux urgences parce qu'ils sont malades mais plus pour trouver des réponses à leurs questions et rapidement, comme la génération tout, tout de suite (internet). Souvent, ils essaient de savoir ce qu'ils ont afin de se traiter eux-mêmes. Aussi, par manque de personnel soignant, médical (médecins, centre médical, centre de quartier) ils sont de plus en plus détachés du système de soins et ignorants du système. Les gens par manque de rendez-vous médicaux rapides (6 mois) se dirigent vers les urgences pour avoir les spécialistes. Plus de personnes « moins malades » arrivent aux urgences et les médecins vont vite les traiter, donner les examens et traitements pour que ça aille plus vite et traiter des situations urgentes plus efficacement ensuite. En fait, les gens font un peu leur marché, ils sont inquiets, vont à tel hôpital, n'ont pas de réponse qui les satisfait, viennent à Saint-Luc comme c'est universitaire.

Ce sont les gens qui décident et c'est aggravé par le fait que les personnes avec des urgences moins urgentes sont accueillies vers les urgences car plus on a de patients en 24h plus on est financé. Aujourd'hui, les infirmiers ne sont plus la référence au savoir médical et au soin de santé et qui accompagnent le patient vers la guérison mais un service qui répond à une demande. Il y a quand même encore des patients qui viennent aux urgences pour les bonnes raisons urgentes ou envoyés par leur médecin traitant pour aggravations.

- **Des accompagnants :**

Ils sont le lien, ils peuvent souvent calmer, déminer, nous aider dans notre travail d'une certaine manière. Les accompagnants aussi ont besoin de relation.

- **Des paradoxes :**

Premièrement, certains trouvent les patients « chiants », exigeants, qui se croient à l'hôtel, certains veulent limiter les visites. Mais d'autres pensent que le patient et la famille sont importants, adorent les visites et profitent de ces moments pour être en relation.

Deuxièmement, on regrette les gens qui viennent à la demande vers les hôpitaux et les urgences sans raisons aussi urgentes. Par contre, on facture des examens coûteux et on essaie d'avoir plus d'argent via les mutuelles et on admet autant de patients pour rentrées financières.

- **Des solutions :**

Aux urgences, on devrait avoir plus d'effectif mais avec le manque d'argent..., on devrait avoir de plus grosses urgences, plus d'espace car le nombre de patients va toujours augmenter.

C'est un beau défi de devoir entrer rapidement en contact, d'établir la relation thérapeutique et faire de la prévention pour qu'ils reviennent moins aux urgences, faire passer les bonnes informations rapidement, être plus synthétique. Les patients doivent aussi pouvoir entrer en contact.

En France, c'est différent, il existe une régulation médicale par téléphone et quand il arrive à la clinique, le patient va d'abord voir un généraliste qui envoie chez le spécialiste ad-hoc si nécessaire.

Travaillant à temps partiel, je peux garder intact ce côté vocationnel, pour garder du temps personnel car on « dort et respire déjà hôpital tout le temps », pour effectuer mon master.

La Formation en communication thérapeutique est un très bon atout pour ce métier, donner quelques cours aux futurs infirmiers (éthique), continuer de donner la formation commencée à ce sujet avec les collègues et avoir le même langage (secrétariat, gens qui aident au garage, médecins, stagiaires, infirmiers, technologues, paramédical) de communication thérapeutique avec les patients, conscientiser les futurs infirmiers et les jeunes (plus influençables selon les comportements des équipes) à l'importance de mettre cette relation thérapeutique à la base de leurs soins dès le départ dans le métier et dès l'accueil des patients et de ne pas se laisser entraîner par les personnes plus « blasées » dans les services.

Plus tu investis dans la relation, plus tu reçois, ce qui te nourrit en retour même si ce n'est pas facile (population rebelle, barrière de la langue, population très variée) c'est plus riche mais plus compliqué, plus tu es frontale, plus ils le sont aussi, ce qui conduit aux conflits. Mieux informer les patients sur l'attente, le passage des médecins, les soins. Se mettre à leur place car nous en avons besoin quand nous sommes nous-mêmes patients, soigner son patient comme on le ferait pour sa grand-mère.

8. Ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7) :

→ **Total des idées émises pour cette question : 176**

Selon Formarier (2007), **différentes relations de soins existent en fonction des finalités des interactions** selon que celles-ci visent à soigner, à éduquer, à soutenir, par exemple. 7 types de relation ont ainsi été définis théoriquement, ce qui nous a permis de nous y référer afin de les proposer aux 11 participants de notre enquête après les avoir questionnés sur ce qu'ils pensaient de la relation patients-soignants dans leur métier au service des urgences à la question 6. Notre objectif étant de noter les éléments communs, supplémentaires, plus, ou moins explicités qu'ils pouvaient nous fournir. Comme pour la question 5 qui concernait les conditions de travail, ils ont tout d'abord rempli un tableau pour classer les types de relations proposées théoriquement selon qu'elles impactent le plus (1) vers le moins (7) leur travail quotidien au service des urgences. Ensuite, nous leur avons demandé de nous les citer en les expliquant, les illustrant.

Observations de terrain :

Vous trouverez en annexe 7.6 **quelques observations reprises lors des entretiens** car les participants semblaient assez perdus, hésitants, sur ce qu'il leur était demandé de faire (alors qu'ils avaient déjà procédé de même pour la question 5 concernant les conditions de travail).

Analyse du tableau du classement des types de relations par les participants :

En analysant le tableau placé en annexe 7.7, nous pouvons remarquer qu'ils sont rarement unanimes sauf peut-être pour la relation de civilité (8 participants sur les 11 la placent en 6^{ème} et 7^{ème} position). Nous essaierons de voir les raisons dans les explications des choix posés dans le tableau pour les types de relation dont de civilité.

Nous voyons que les positionnements sont très partagés dans toutes les places du tableau, peut-être que la personnalité, les valeurs personnelles des soignants influencent ce classement mais aussi le fait qu'ils ont tellement peu de temps pour la relation dans leur métier qu'ils parent au plus pressé (par exemple, la relation de civilité).

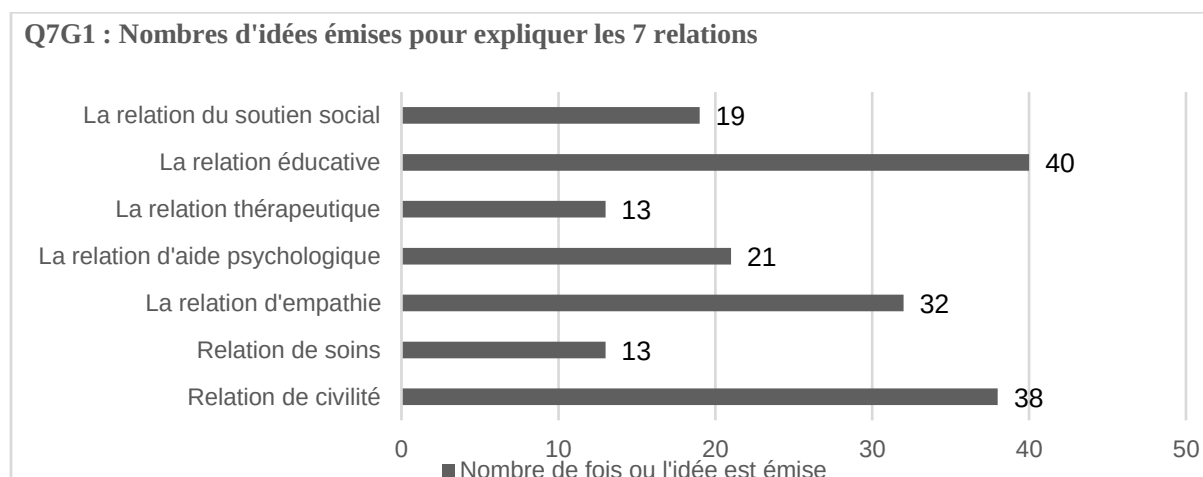
La relation du soutien social se trouve pour 7 personnes dans les positions 2, 3 et 4 ; la relation d'aide psychologique se trouve pour 6 personnes en position 1, 2, 3. Donc comme étant fort impactées.

La relation d'empathie pour 6 personnes dans les dernières positions alors que les 5 autres infis la placent en 2^{ème} et troisième position.

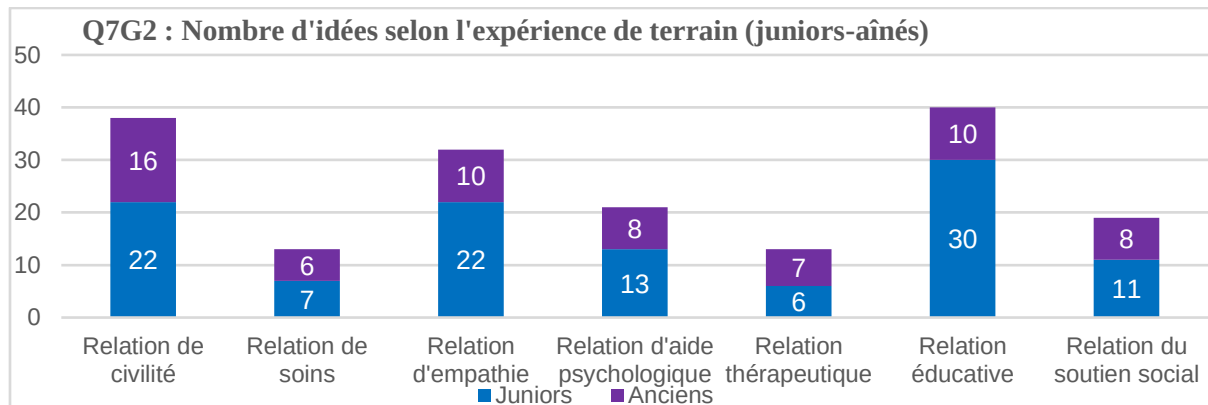
Est-ce que lorsqu'il s'agit de la relation, chaque soignant, selon ses propres représentations concernant la relation de soin ainsi que la signification que chacun apporte à du vocabulaire pourrait expliquer qu'ils remplissent le tableau d'une manière mais ne mettent pas les mêmes priorités lorsqu'il s'agit d'expliquer concrètement et au regard de leur pratique les différents types de relation ?

Sont-ils tellement habitués à ne pas avoir le temps de développer ces 7 types de relation de soins qu'ils ne s'en représentent plus les paramètres principaux ?

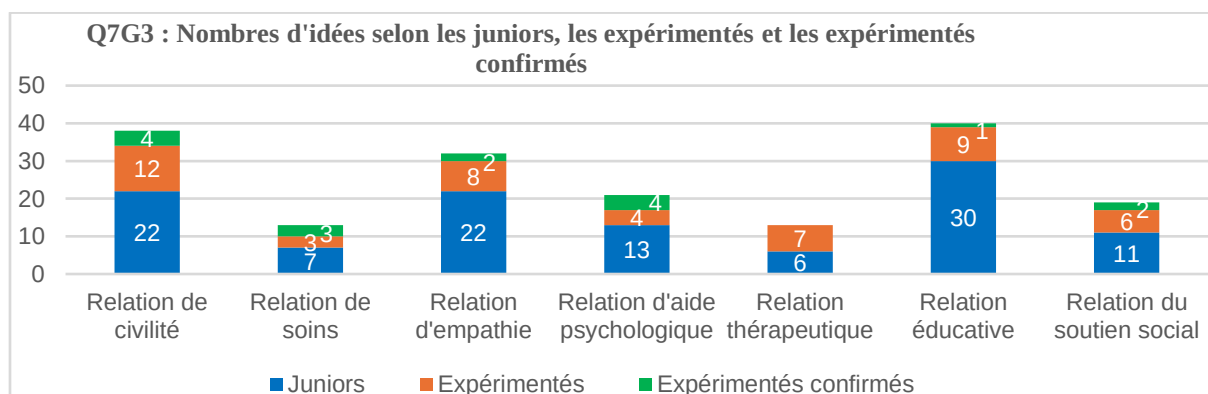
En tout cas, vu le nombre d'idées émises beaucoup plus limité que pour la même question 5 relative aux conditions de travail (Q5 : 331 et Q7 : 176). Nous allons tout d'abord collationner le nombre d'idées relatives aux 7 conditions théoriques mises en évidence.



Au regard de ce tableau et de l'annexe 6, nous pouvons dire que les 11 infis explicitent le moins les **relations de soins et thérapeutiques**, peut-être parce que celles-ci ne peuvent se réaliser dans l'incontournable et le prioritaire de base que se fixent les infis, les soins, quelles que soient les difficultés des conditions de travail ? Ils parlent beaucoup de la **relation éducative** qui, selon eux est très importante pour ne pas voir revenir les patients aux urgences peu de temps après et aussi pour le bien-être dans la continuité de leurs soins. Il en va de même pour la **relation de civilité** pour laquelle ils mettent beaucoup d'idées pour la défendre comme étant le minimum de base sur lequel ils ne transigeront pas. Ils communiquent beaucoup sur les moyens de parvenir à garder cette relation intacte. Vient ensuite la **relation d'empathie**, qu'ils qualifient de plus difficile à mettre en place quand on n'a pas le temps, quand l'émotionnel a été éprouvé, par exemple.



Malgré que les **juniors** soient au nombre de 5 et les **aînés** au nombre de 6, nous voyons que ce sont les **juniors** qui ont contribué le plus à expliquer les types de relation. Mais quelle que soit l'expérience, ils sont assez unanimes concernant la relation de civilité, la relation de soins et thérapeutiques.

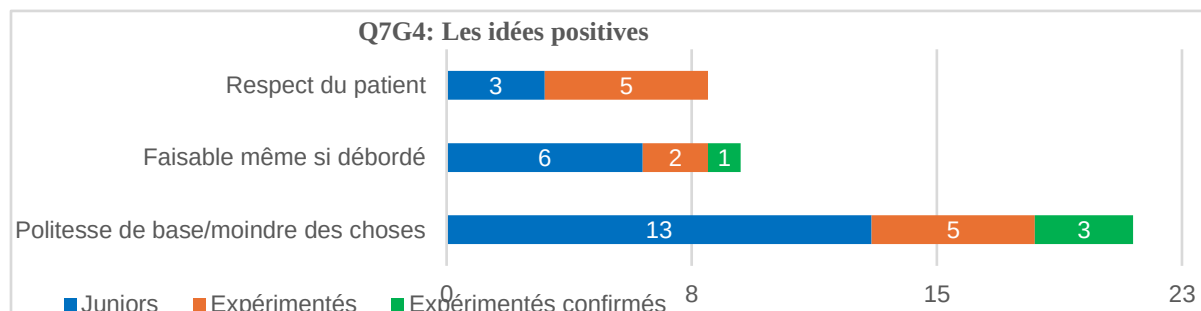


En regardant ce graphique, il est assez clair que les **expérimentés confirmés** alimentent peu voire pas les idées, surtout pour les relations thérapeutiques et éducatives. Les **expérimentés** interviennent un peu plus. Est-ce que plus l'ancienneté augmente, plus les conditions de travail se détériorent (certains ont parlé de changement avec avant). Plus la lassitude et la résignation se font ressentir, surtout concernant les types de relations moins accessibles et faciles à mettre en place lorsque l'on manque de temps, que la charge de travail est lourde, que le flux est compliqué, etc. ?

Nous allons maintenant regarder ce qui transparaît par type de relation.

Analyse de contenu par type de relation :

1. La relation de civilité



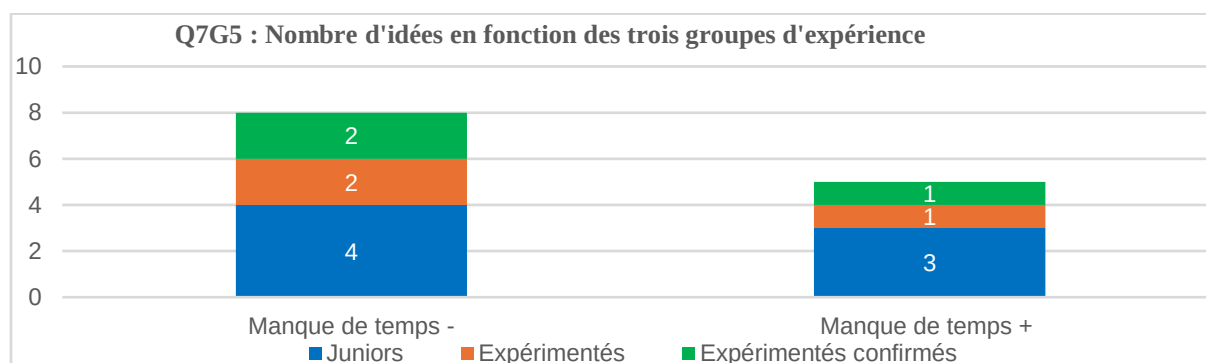
Dans le graphique Q7G4, nous constatons que tous les répondants ont donné des idées positives concernant ce type de relation. Mais les **expérimentés confirmés** n'ont pas apporté d'idées concernant le respect du patient et c'est à nouveau les plus jeunes (**juniors**) qui s'expriment le plus. Tous les participants s'accordaient à montrer, dans nos observations lors de l'entretien, par leur non verbal et quelques remarques, qu'ils ne pouvaient pas admettre que ce type de relation élémentaire et nécessaire même quand on n'a pas le temps puisse être carencé, d'autant que c'est simple de la mettre en place et l'entretenir, même quand on a énormément d'expérience. Est-ce pour cela que les **ânés** répondent moins que les **juniors** ?

Voici les éléments de l'annexe 6 que nous pouvons retenir dans leur justification pour la relation de civilité qui, selon eux : **ne peut qu'être présente** car ce n'est pas forcément impacté comme on sait tous le faire même si on est débordé. En effet, les obligations sociales et le cadre des soins impactent un peu mais ça, on a le temps, ça ne demande pas plus de temps.

Ce métier nécessite du respect envers le patient et même si on est énervé, on ne va pas le maltraiter, on ne va pas parler de façon brutale. Il faut être attentif à la façon dont on s'adresse aux gens et respecter sa civilité, « *on s'en fout de son genre, on peut en tenir compte si ce sont des examens intrusifs ou touchant à l'intimité, si c'est une femme demander à une collègue de faire l'examen* ». Cela a un impact au niveau du code culturel et social

C'est quand même un des premiers trucs à avoir, c'est la moindre des choses, c'est la base, c'est un minimum, c'est l'humain, refus de l'idée que les/mes conditions de travail l'impactent, devrait être un automatisme. Il suffit juste dire bonjour, avoir de la politesse de base, de la gentillesse, les appeler par leur nom avec « Madame », « Monsieur », se présenter. C'est aussi la gentillesse, la courtoisie du patient.

2. La relation au soin :

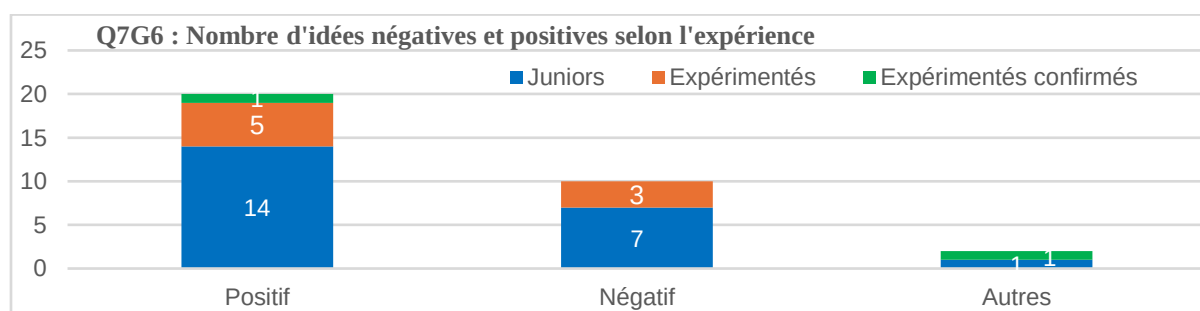


Selon le graphique Q7G5, nous pouvons confirmer ici que les trois groupes communiquent peu d'idées.

Dans l'annexe 6, ils nous signalent :

- **Des points négatifs** comme le manque de temps car ils n'ont pas le temps de parler, car ils mettent juste en place des pronostics, qu'ils font « ça, ça, ça et ça » et des actes techniques, de la gestion du confort et de la douleur, qu'ils donnent des explications rapides. Certains la présentent comme la plus impactée quand les infis sont dépassés, que « *c'est le bordel aux urgences* », quand 15 patients sont sur des brancards dans les couloirs et que l'infi ne sait plus où donner de la tête pour les soigner. C'est là où l'infi risque le plus d'erreurs.
- **Positivement**, même si les infis n'ont pas le temps, certains disent que c'est ce qui se fait en premier, pas le choix, c'est pour cela que le patient arrive là, c'est l'objectif premier et on s'occupera de son patient jusqu'au bout. Par exemple, lorsque des soins sont plus longs ou si l'infi n'arrive pas à sonder la personne facilement pour vider la vessie, il reste plus longtemps et alors il peut entrer en relation, « *papoter avec le patient* » et même entamer d'autres types de relation.

3. La relation d'empathie



L'apport en **éléments positifs** est majoritaire dans ce point et ce sont encore les **juniors** qui contribuent le plus à nourrir ce point concernant la relation d'empathie. Les **expérimentés confirmés** s'expriment peu mais pas sur les éléments négatifs.

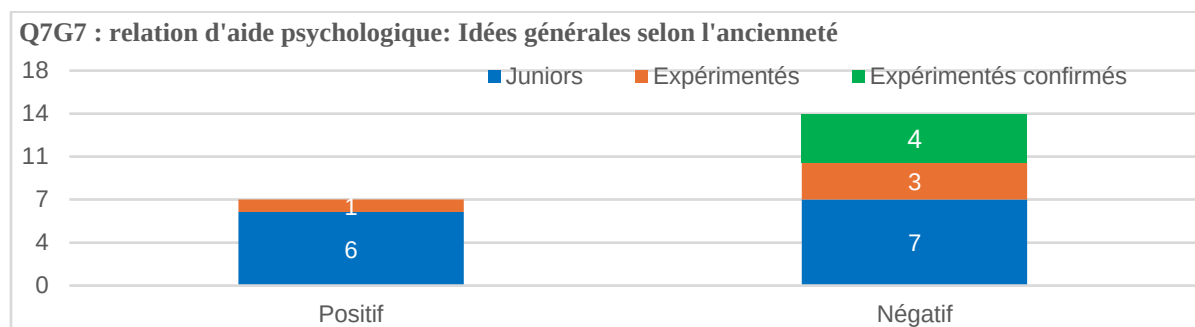
L'empathie, c'est le côté confiance, c'est savoir se mettre à la place de l'autre, on doit en avoir au minimum, dès que je soigne quelqu'un, on doit pouvoir au minimum lui dire « *ok je vous comprends* », « *je suis désolé pour vous* ». Cela dépend du type de situation, par exemple, être

en face d'un parent qui vient de perdre son enfant soudainement, on sera empathique mais on doit également garder une distance car il y a tous les autres patients qui doivent aussi continuer d'être soignés au mieux. Mais c'est sûr qu'on n'est pas très joyeux en rentrant chez soi. Je ne veux pas que cela soit impacté.

Dans les éléments positifs : les infis doivent être empathiques, c'est très important, c'est la base, même si on est débordé, énervé, fatigué, si on n'a pas le temps, par un sourire, une main sur l'épaule, la manière de prendre le bras pour une prise de sang, c'est moins impacté, « *on l'a en soi* », tout faire pour, vite se reprendre, se dire que s'il vient ici c'est pour être soigné, c'est le métier d'infi.

Dans les éléments négatifs, si trop de choses à faire elle peut partir, « *Une fois en un an et demi j'en ai manqué avec un patient, ça ne m'arrivait jamais mais j'étais trop fatigué, c'était en nuit, pas de manque de personnel spécialement mais trop de suites de nuit* », au nouvel an, si trop de choses à faire chez beaucoup de patients, ils appellent très vite c'est parfois compliqué. Le manque d'attitude positive de patients, de collègues, de familles, la condescendance, « *on n'a pas le temps de s'asseoir à côté du patient, de l'écouter* ».

4. La relation d'aide psychologique



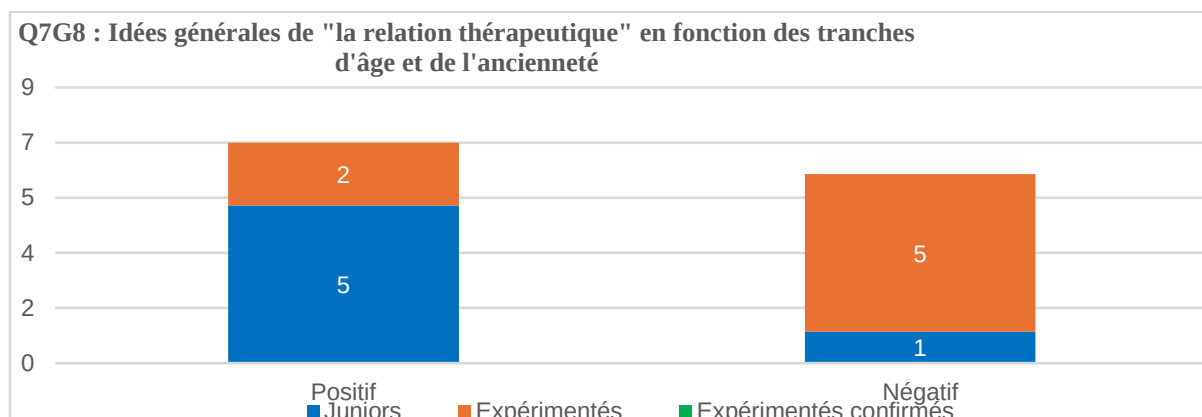
Dans ce graphique Q7G7, les **expérimentés confirmés** n'apportent aucune idée positive mais 4 négatives. Ce sont de nouveaux les **juniors** qui s'expriment le plus.

D'un point de vue positif : les infis peuvent contacter 1 équipe de crise souvent présente, en cas de souci, si le patient nécessite des soins psychiatriques et d'urgences, ils peuvent faire appel au psychologue et/ou donner des coordonnées pour que le patient puisse rappeler si nécessaire. De gros moyens sont mis à Saint-Luc pour les soins psychiatriques. Si l'infi a cette formation psychologique, malgré le manque de temps, il l'insère au mieux car cela lui tient à cœur.

D'un point de vue négatif : pas de temps pour rester près du patient alors qu'on lui annonce un diagnostic lourd ou un décès, pas le temps de lui laisser faire le processus d'acceptation ou non, pas le temps de tout lui expliquer et répondre aux questions, cela se fait plus aux soins intensifs mais très peu aux urgences par manque de temps, en 2 ans et demi je l'ai fait 2 fois. Le médecin n'a pas toujours le temps non plus. Par manque de temps les infis s'occupent d'abord du soin à apporter (traumatisme/accident de la route). Après beaucoup de temps d'attente, les personnes n'en peuvent plus et viennent te trouver et tu essaies mais tu ne peux plus apporter l'aide psy. « *Il n'y a pas le temps pour s'asseoir et demander comment cette*

personne se sent ». Ce sont des psychologues qui prennent le relais mais ce ne sont pas des infirmiers.

5. la relation thérapeutique

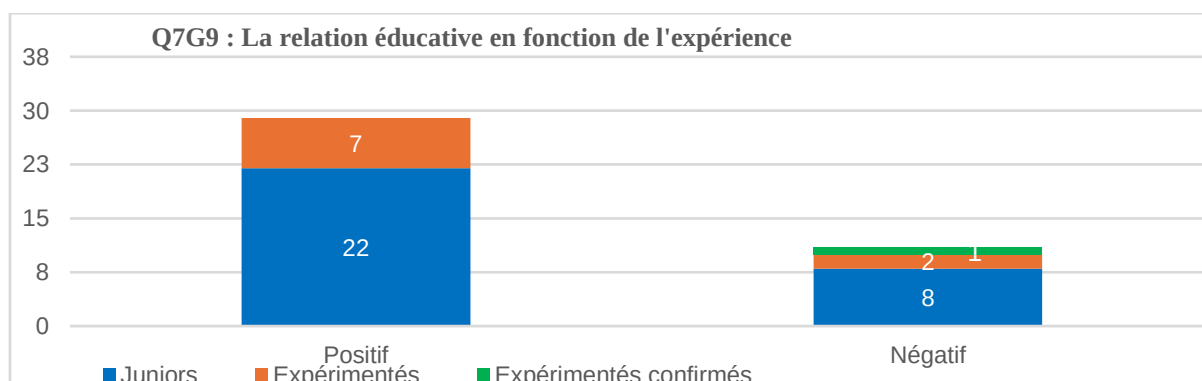


Q7G8 : Les idées négatives et positives sont équivalentes en nombre d'idées et les **expérimentés confirmés** ne se sont pas exprimés. Les juniors voient plus le verre à moitié plein et les **expérimentés** le verre à moitié vide. Trois infis ont fait remarquer que la relation thérapeutique est en lien avec la relation de soin.

D'un point de vue négatif : on n'a pas le temps de le faire aux urgences, ce sont plus les psychiatres qui le font, on n'a pas le temps quand on est trieurs. Quand les infis n'expliquent pas, les patients se plaignent mais ils se plaignent aussi de devoir entendre 4 fois la même chose (infirmier, stagiaire, assistant, un spécialiste).

D'un point de vue positif : il faut expliquer le plan de soin (ce qu'on va mettre en place, les étapes), expliquer aussi quand les personnes viennent et n'ont pas besoin de soins, expliquer aussi quand la décision se prend avec les patients en fin de vie et les proches que ce sera un accompagnement vers la fin. C'est quelque chose qu'on garde en nous, tout le temps.

6. La relation éducative



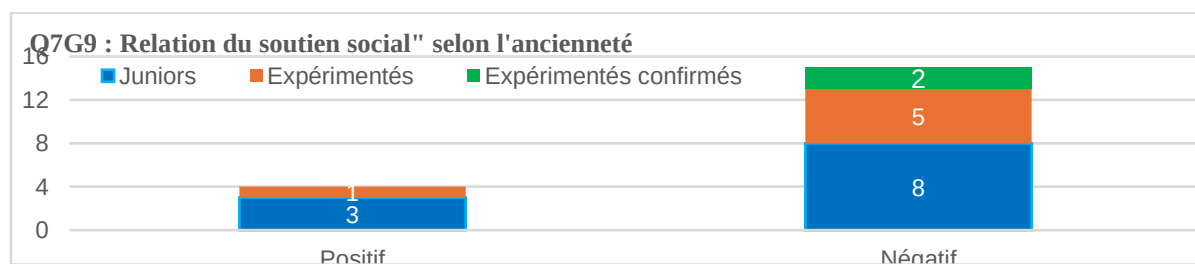
Ce graphique Q7G9 montre que les **juniors** apportent à nouveau beaucoup d'idées positives mais aussi quelques négatives. Les **expérimentés confirmés** apportent une seule idée et négative.

Au regard des idées regroupées dans l'annexe 6 :

Il apparaît négativement que des infis estiment qu'ils n'ont pas le temps pour cela aux urgences, ils ont plus de temps pour faire ça aux étages, il y a des étages où les patients sont là pour être éduqués et savoir comment faire (exemple des diabétiques). « *En soin, on a un peu de mal d'éduquer le patient, on essaie, on le fait beaucoup en hospitalisation* » (plus de temps, on y voit plus les patients), les infis peuvent expliquer certaines choses quand même. Les infis le font parce que les médecins ne sauront pas le faire. Un participant signale qu'ils le font régulièrement mais pas assez car il faut beaucoup de temps pour éduquer le patient et cela doit aussi être accepté, a-t-il envie d'écouter ? Il prend son exemple où il a dû porter un plâtre et ne l'a pas fait car n'avait pas envie.

Il apparaît positivement qu'il est important d'éduquer le patient, « *de l'éduquer à mort* », d'expliquer ce qui va se passer à domicile (exemple s'il repart chez lui avec une sonde), qu'il sache le faire chez lui sans devoir aller à la pharmacie ou sonner pour poser ses questions, par prévention, pour éviter son retour aux urgences, en fonction de l'âge du patient, éduquer par l'acte technique (plâtre, piqure d'insuline, pansement), par des petits trucs bêtes à dire, en expliquant comment faire le soin, le suivi. C'est surtout les médecins (ordres médicaux, si plâtres, si fraxiparine) et parfois ils demandent à une infirmière de passer à domicile pour être sûrs mais notre job est quand même d'éduquer au mieux. Les infis ont de l'éducation envers les étudiants : « *J'adore l'éducation avec les étudiants même si cela prend un peu de temps, on est dans un hôpital universitaire* ». « *Tout dépend du type d'éducation et de la durée nécessaire mais à une maman qui a donné 1 gramme de Dafalgan à un enfant qui pèse moins de 40 kgs on lui explique pourquoi cela ne convient pas pour ne plus que cela se reproduise*. « *À quelqu'un qui est venu trop tard aux urgences on lui explique comment appeler les ambulances la prochaine fois* ».

7. la relation du soutien social



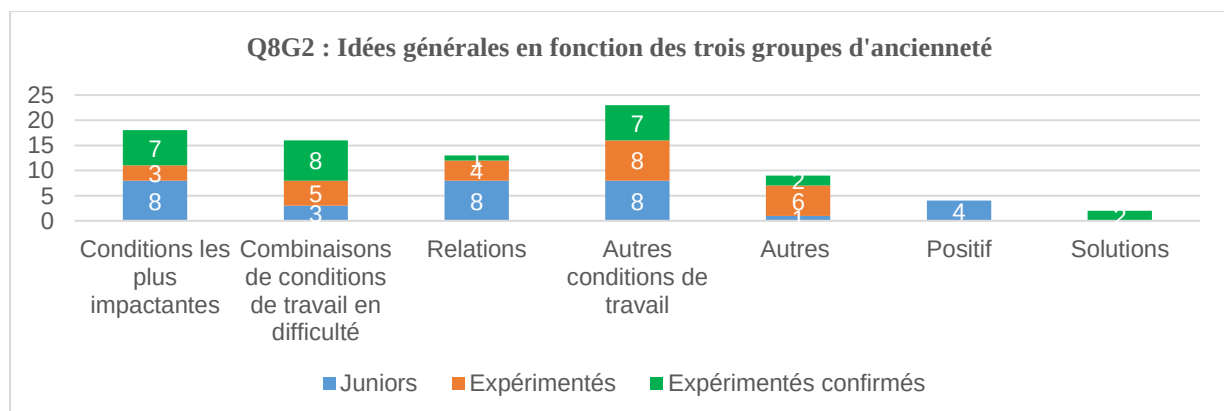
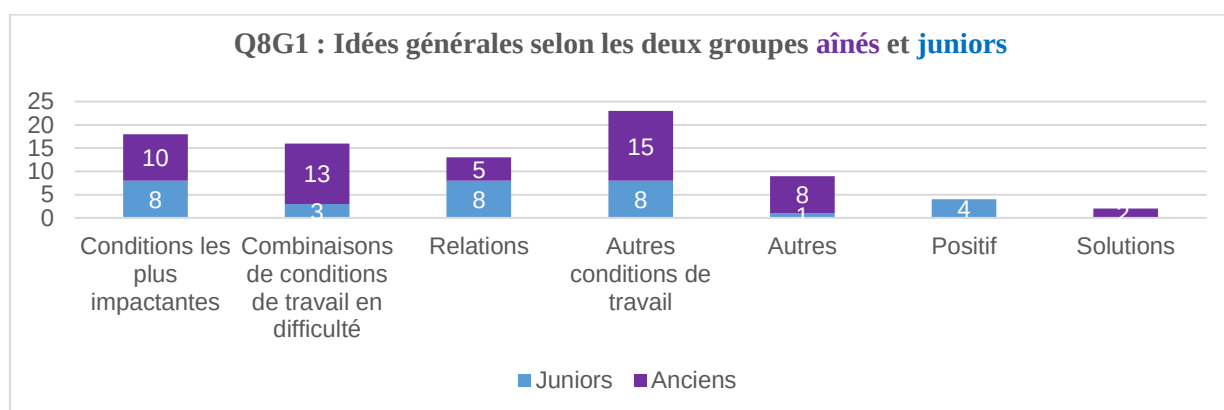
Le graphique Q7G9 permet de visualiser le nombre assez équivalent d'idées négatives selon les **ânés** (7 idées) et les **juniors** (8 idées). Peu d'éléments positifs sont présentés. Un infi dit que la relation du soutien social va avec la relation d'aide psychologique.

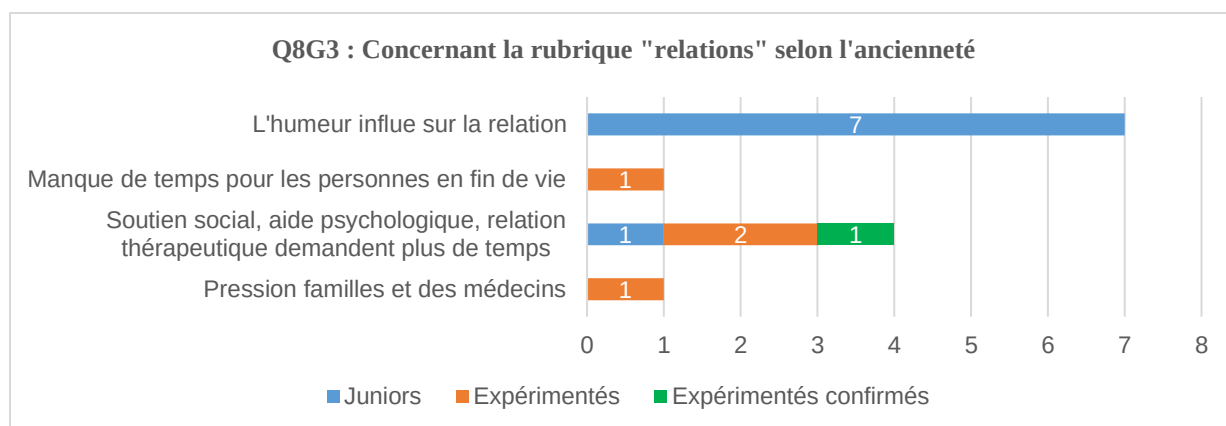
Ils estiment négativement : que ce type de relation est fort impacté, par manque de temps, d'énergie, les infis disent ne pas avoir le temps d'écouter les conditions du patient mais juste son état de santé (« *où avez-vous mal* »). Ils voudraient se poser avec le patient dans des conditions idéales mais certains disent qu'ils sont « *bouffés par trop de patients et que c'est dur* ».

Néanmoins, ils essaient en adaptant leur communication, disent un petit mot et trouvent cela important. Ils soignent leur communication selon qu'ils s'adressent à une personne avec pathologies chroniques, qui a un handicap, une pathologie mentale, de la démence sénile (dans son monde), « *c'est difficile car on adapte la communication* ». Exemple, un patient Alzheimer qui ne veut pas prendre un médicament, on sort 10 secondes, on re-rentre et on essaie un autre mode de communication et il le prend. La réalité est aussi de voir de plus en plus de patients âgés et ils ont besoin de soutien car ils sont livrés à eux-mêmes et le maintien à domicile est de plus en plus long. À Saint-Luc, il existe une unité d'observation pour voir si des personnes venant de la maison doivent être placées (maison de repos, maison de soin). C'est en collaboration avec l'assistante sociale. L'infirmier y intervient quand même peu.

9. Les conditions de travail qui impactent le plus la relation patient-soignant (question 8) :

→ Total des idées émises pour cette question : 85





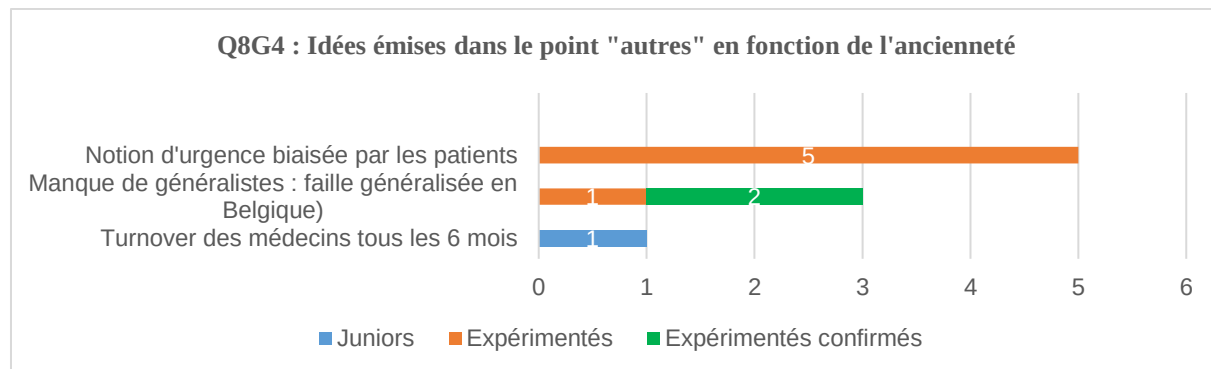
Nous avons pu remarquer dans les questions précédentes que les participants étaient moins à l'aise avec les questions qui touchaient à la relation patient-soignant et exprimaient moins d'idées que pour les questions qui concernent les conditions de travail problématiques pour la relation d'un point de vue général mais plus particulièrement selon les 7 types de relation mises en évidence par Formarier, 2007. Probablement car ils se trouvent dans une situation très paradoxale entre le choix de ce métier notamment pour la relation patient-soignant, l'impossibilité de mettre celle-ci en œuvre comme ils le souhaiteraient notamment suite au manque de temps et d'effectif et en tout cas des conditions de travail problématiques en général et le fait qu'ils ne peuvent pas entendre que la relation patient-soignant est carencée, ils ne le veulent pas.

Voyons directement trois idées qui se démarquent, relatives aux conditions de travail problématiques (autres conditions de travail) et les conditions de travail plus impactantes ainsi que la combinaison de conditions de travail problématiques qui met plus encore les infis en difficulté.

Peu d'idées concernent les solutions et peu de positif sont exprimés dans les réponses à cette question. Par contre une place est enfin accordée aux relations car suscitée par la question. Nous allons donc analyser les questions relatives à la relation le plus finement possible également.

53 idées sont exprimées par les **ânés** contre 32 pour les **juniors**. Les **ânés** contribuent donc beaucoup plus à cette question qui se précise et tente de mettre en évidence les conditions les plus impactantes pour la relation patient-soignant. Comme la combinaison de conditions de travail problématiques qui complexifie encore plus les difficultés que chacune d'elle analysée individuellement. Ils soulignent par exemple, l'incidence du manque d'effectif cumulé aux horaires difficiles, à la pression temporelle et la qualité de soins. Le manque de personnel et le flux de patients sont deux conditions qui mettent à mal la relation patient-soignant (13 idées), selon eux. Ils sont assez unanimes dans les trois groupes pour relever, la relation du soutien social, l'aide psychologique et la relation thérapeutique qui demandent plus de temps mais ce sont les **expérimentés** qui mettent en évidence le manque de temps à accorder pour la relation avec les personnes en fin de vie et la pression des familles et des médecins. Seuls les **juniors** parlent de l'humeur de la personne qui influe sur la qualité de la relation.

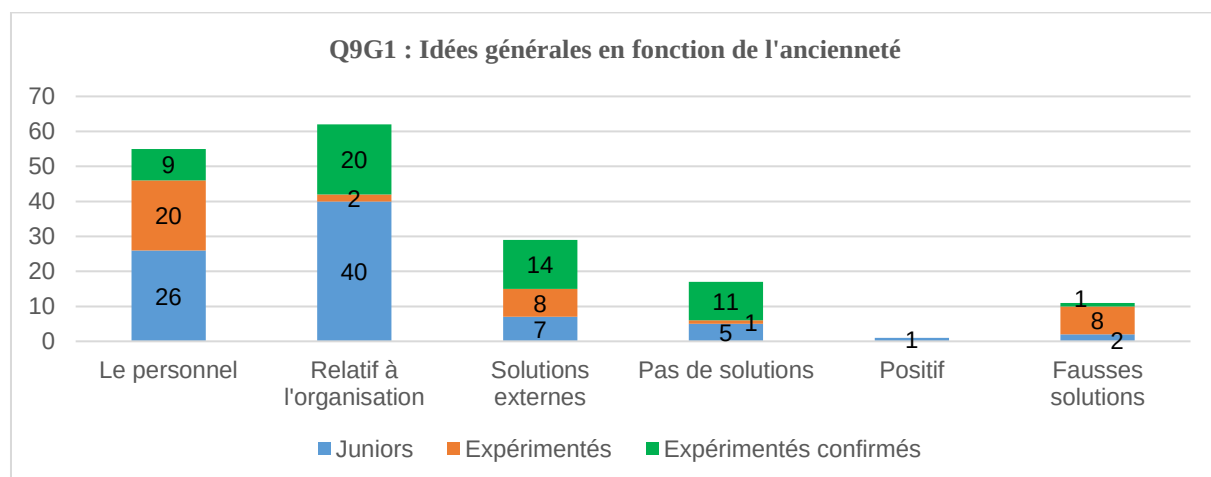
Les autres conditions de travail qui représentent un grand nombre d'idées (23) (voir annexe 6) reprennent le fait qu'ils ont trop de travail (ce sont les **expérimentés confirmés** qui, seuls, le mettent en évidence), que l'organisation de travail est difficile car ils sont souvent interrompus, qu'ils vivent des difficultés émotionnelles et qu'ils sont des tampons en attente de l'équipe psy mais n'ont pas de vraie formation à ce sujet.



Aussi, il n'est pas inintéressant de se pencher sur la rubrique « autres » qui même si elle comprend moins d'idées (9), nous apporte des éléments comme le turnover des médecins tous les 6 mois, le manque de généraliste (faille généralisée en Belgique) et la notion d'urgence qui peut être biaisée par les patients. Ces idées pourront probablement nous amener à construire des propositions de solutions.

10. Les solutions qui pourraient améliorer les conditions de travail qui impactent les relations entre l'infirmier et le patient (question 9) :

→ **Total des idées émises pour cette question : 174**

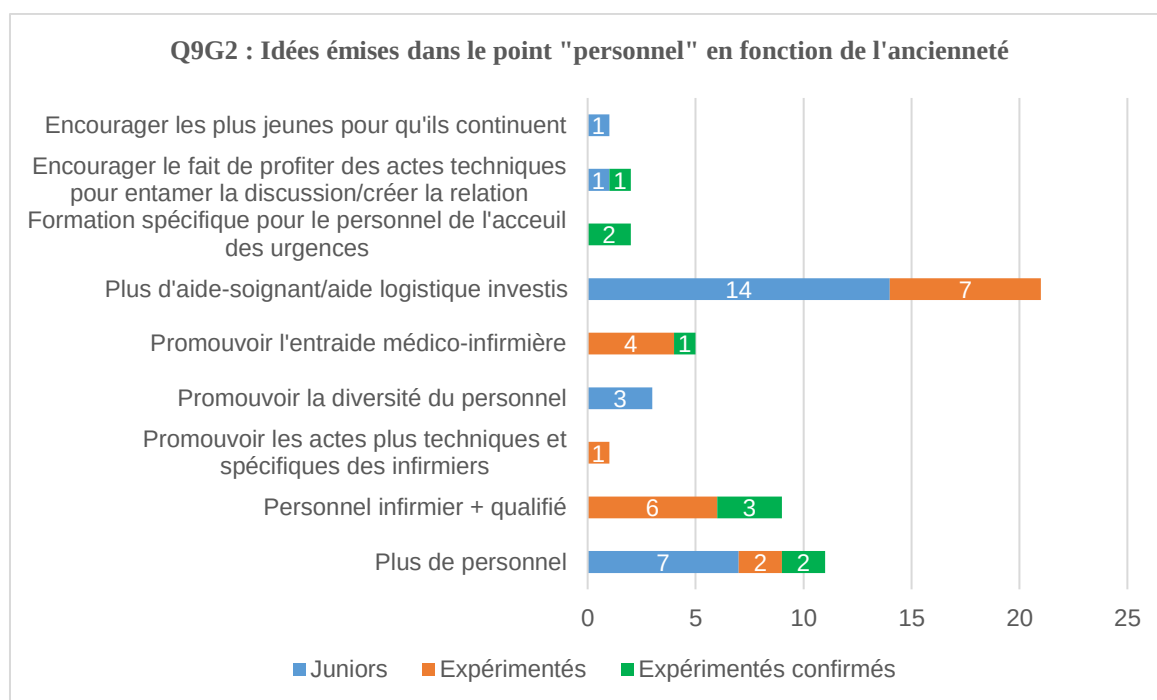


Voici, les grandes thématiques qui transparaissent dans cette question destinée aux solutions en vue d'améliorer les conditions de travail et particulièrement les relations patients-soignants.

Ces solutions concernent principalement l'organisation et les **juniors** y contribuent très fortement, suivis de loin par les **expérimentés confirmés**. Ensuite, il s'agit des solutions qui concernent directement le personnel. On voit apparaître, de façon moindre car les infis en général agissent seuls ou en sollicitant d'autres personnes ressources, les fausses solutions (pour

les trois groupes mais les **expérimentés** contribuent plus aux idées (8)) et l'impossibilité de trouver des solutions où les **expérimentés confirmés** apportent 11 idées dans le fait que parfois des solutions ne sont plus mobilisables. Serait-ce dû à leur grande expérience de terrain où ils ont dû se rendre à l'évidence face à la récurrence des conditions de travail en difficulté ? Un infi parmi les **juniors** trouve un élément positif : le fait d'adorer son métier malgré tout.

A ce moment du travail, nous pensons qu'il est important de se pencher sur le détail des solutions trouvées. En effet, nous avons pu remarquer que les infis apportent moins de renseignements relatifs aux différents types de relation au fil des questions et que, même pour les questions qui concernent directement la relation patient-soignant, les réponses sont moins étayées. Nous avons déjà évoqué quelques hypothèses à ce sujet précédemment.



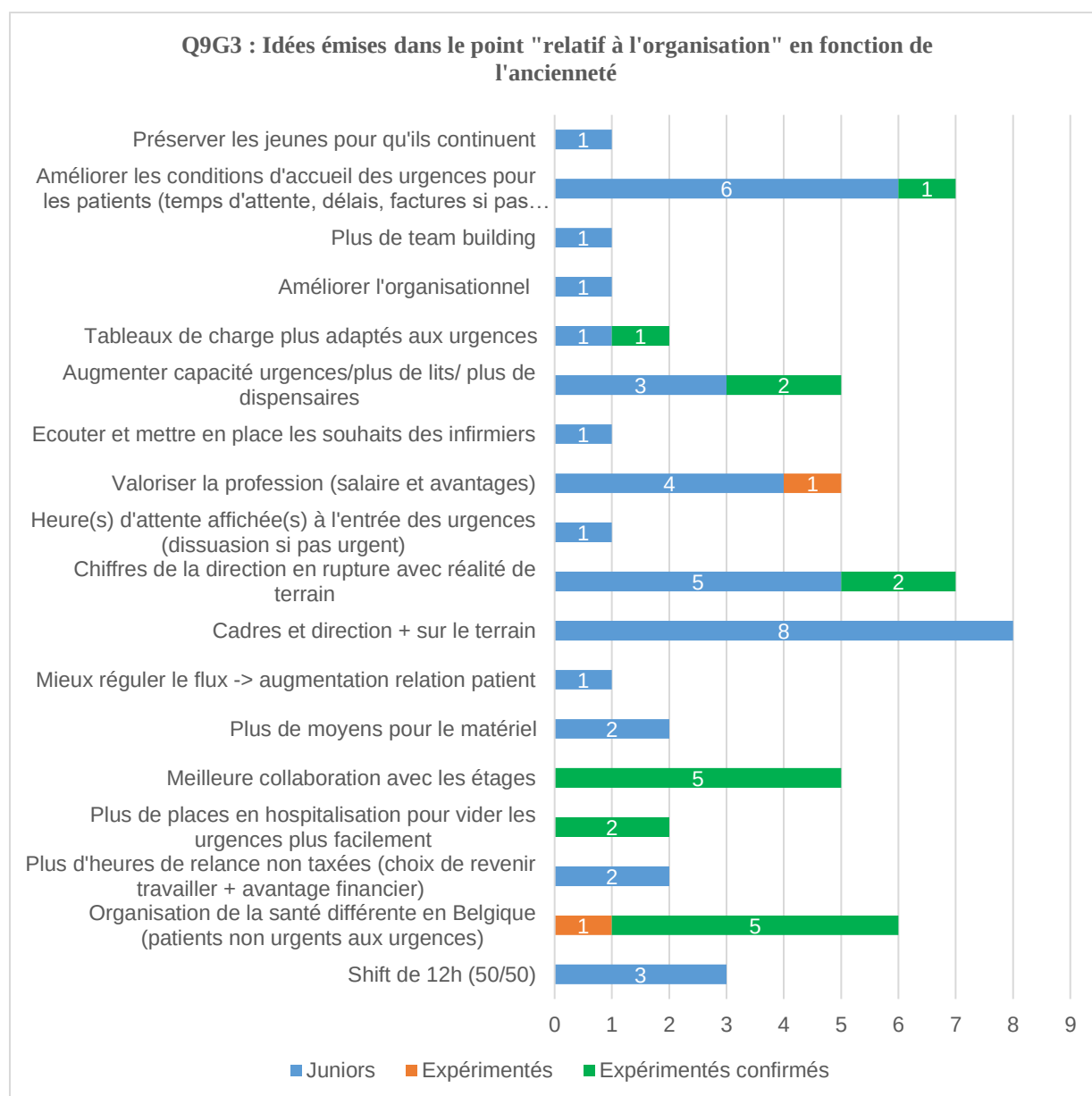
Dans ce deuxième graphique, toutes les idées sont intéressantes même si l'occurrence est moindre. Mais deux choses se démarquent principalement : les trois groupes demandent plus de personnel mais les **expérimentés** et les **expérimentés confirmés** insistent sur le fait qu'ils soient plus qualifiés pour le service des urgences. Nous voyons clairement ici que le fait d'avoir plus d'expérience permet de nuancer les avis.

Si nous additionnons « plus de personnel » et « plus de personnel qualifié », nous avons une importance semblable que celle accordée au fait d'avoir plus d'aides-soignants et d'aides-logistiques mais plus investis (les premiers) ce que les **juniors** et **expérimentés** soulignent.

En ce qui concerne les solutions relatives à l'organisation (hôpital universitaire) dans le graphique Q9G2, les idées sont très riches et énormément enrichies par les **juniors** (40 idées) puis les **expérimentés confirmés** (18 idées). Mais les **expérimentés** s'expriment très peu sur ce point, et uniquement concernant le fait de valoriser la profession par le salaire et les avantages (les **juniors** les rejoignent très fortement dans cette solution) et d'améliorer le fait qu'en

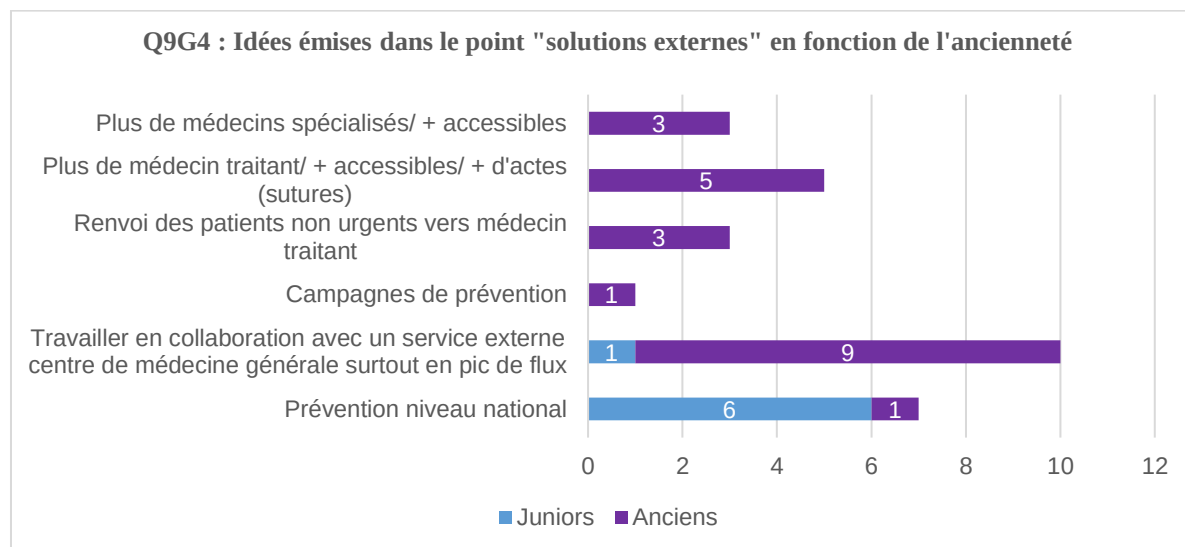
Belgique ce sont aussi les personnes avec des urgences « non urgentes » qui se présentent (point sur lequel les **expérimentés confirmés** s'expriment beaucoup).

Les **juniors** sont seuls à souhaiter que les cadres se rendent plus sur le terrain dans cette question. Peut-être par leur expérience plus récente où un encadrement et un retour sur leurs pratiques quotidiennes par les responsables est nécessaire afin que ceux-ci se rendent aussi mieux compte des réalités difficiles dans lesquelles ils se trouvent ? Ils sont également très soucieux (rejoints en partie par les expérimentés confirmés) d'améliorer les conditions d'accueil des patients comme la diminution du temps d'attente et de calculer l'effectif de façon plus conforme aux réalités de terrain (ne pas comptabiliser des malades). Les **expérimentés confirmés** parlent d'amélioration avec les étages.



Le graphique suivant Q9G4 nous montre que ce sont les **aînés** qui alimentent essentiellement les solutions en externe comme la prévention au niveau national (et les **jeunes** les rejoignent

dans l'idée), travailler en collaboration avec un service externe de centre de médecine générale surtout en pic de flux, faire des campagnes de prévention, renvoyer des patients non urgents vers les médecins traitants, plus de médecins traitants plus accessibles qui feraient plus d'actes (exemple les sutures), plus de médecins spécialistes plus accessibles.



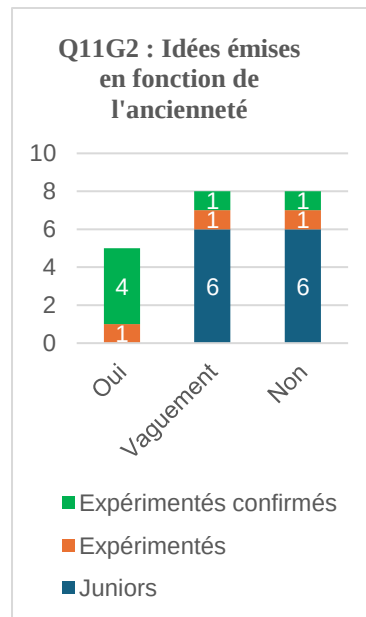
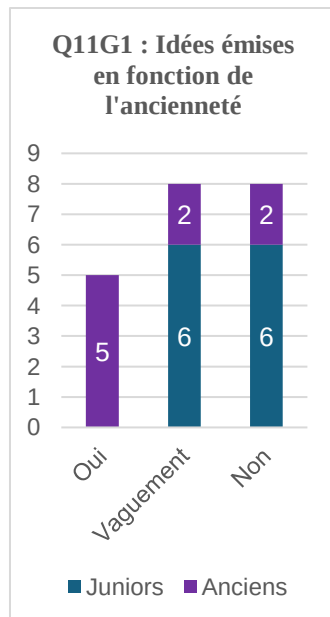
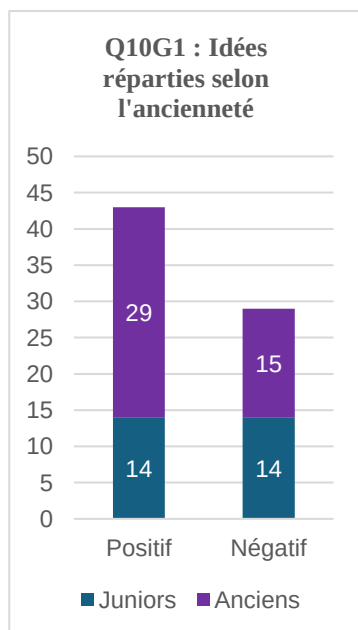
Viennent ensuite (voir annexe 6) les constats de non solutions : garder les patients si on ne trouve pas de place ; beaucoup veulent quitter le métier pour être mieux payés/ plus de personnel/ plus proche du domicile chez les juniors et les expérimentés mais pas chez les expérimentés confirmés ; 11 personnes parlent du fait qu'il n'y a pas de solution si pas de financier/ pas de soutien/ manque d'effectif/ manque de temps selon les expérimentés confirmés mais quelques idées pour les juniors également ; sentiment d'impuissance, toujours un côté imprévisible aux urgences, partir d'un hôpital universitaire.

Aussi, de fausses solutions sont relevées 11 fois au total et ce sont surtout les expérimentés qui s'expriment comme augmenter les années d'études des infirmiers sans revalorisation (souligné par les juniors) ; l'informatisation qui engendre de l'insécurité chez certains membres du personnel ; les infirmiers peuvent prescrire certains médicaments/ examens aux urgences → confusion ; les actes délégués des aides-soignants, le financement en fonction du nombre d'entrées alors que les jours suivants cela peut avoir quadruplé ; augmenter la capacité sans régler aucun autre problème (les expérimentés confirmés le soulignent) ; augmenter les salaires sans tenir compte des autres mauvaises conditions de travail (manque d'effectif).

11. Moyens développés par l'institution (question 10) dont l'outil « patient-partenaire » (question 11) :

→ Total des idées émises pour la question 10 : 72

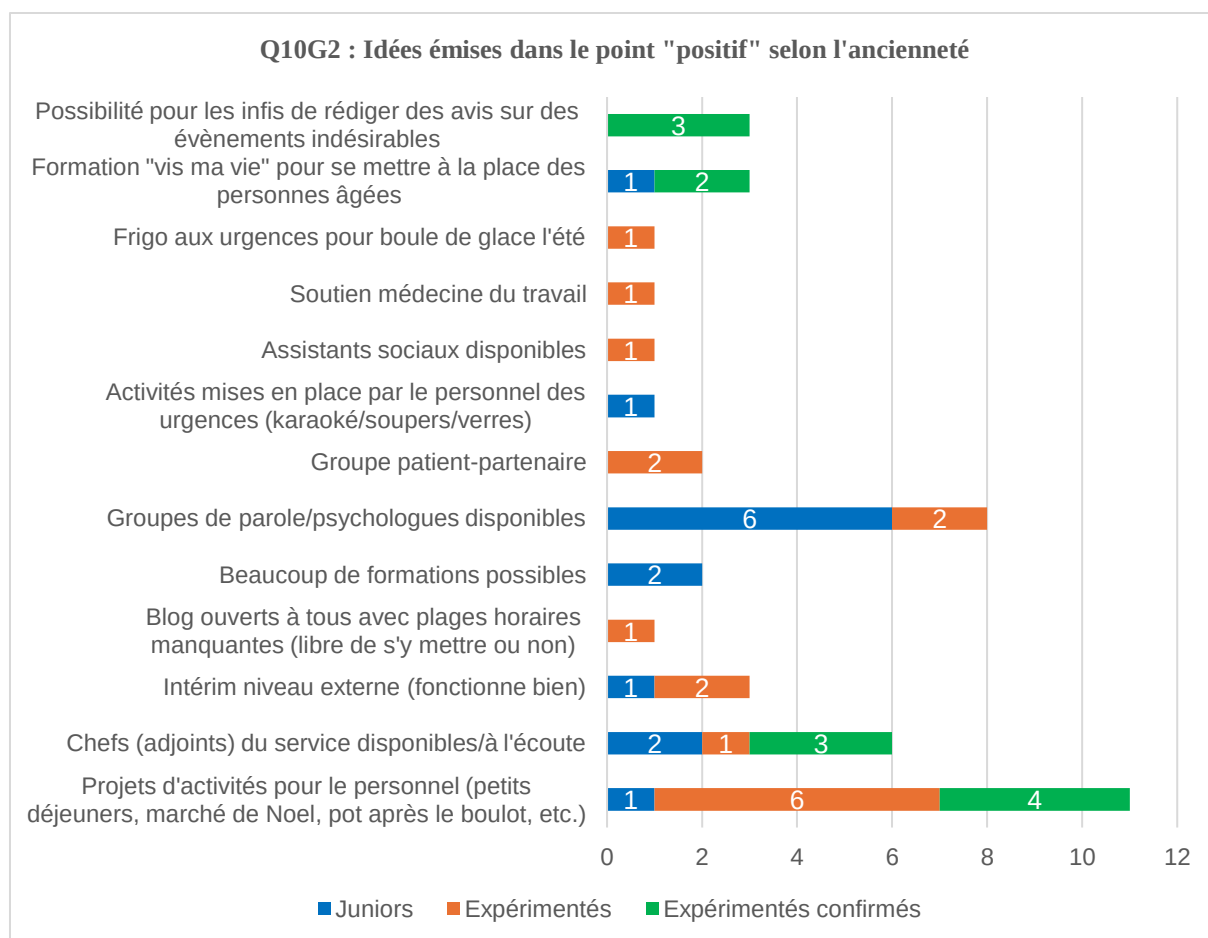
→ Total des idées émises pour la question 11 : 21



Les **ânés** s'expriment beaucoup concernant les outils déjà existants au sein des cliniques Saint-Luc (Q10G1) et particulièrement pour les points positifs, peut-être plus en connaissance de cause vu leur ancienneté d'expérience de terrain ? Les **juniors** expriment tout de même 14 idées positives et idem pour les idées négatives. Ils semblent tous donc en connaissance des outils ou en tout cas de certains outils.

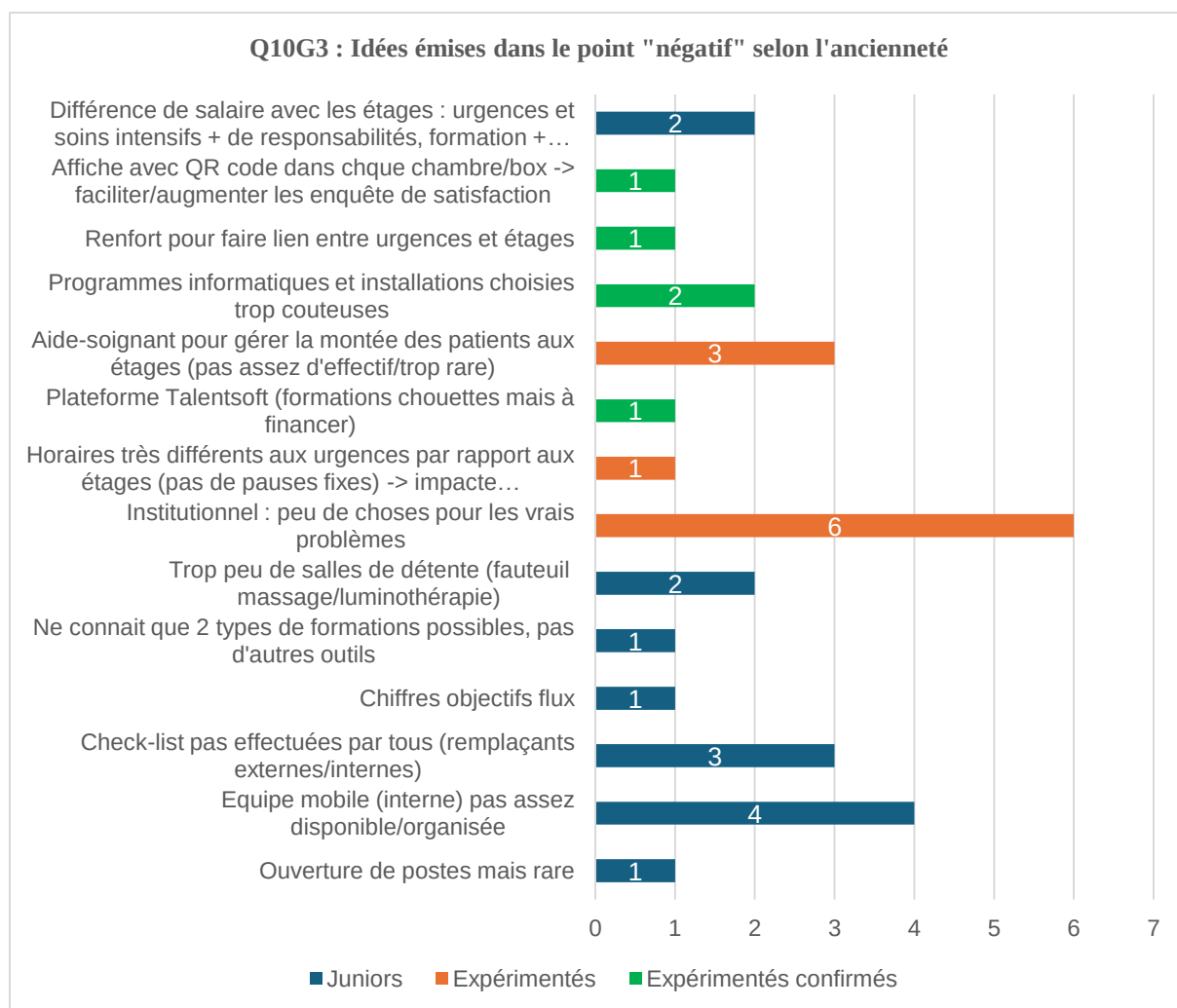
En regard de la question 11, où nous avons pointé un outil novateur intéressant et pertinent concernant notre sujet, nous pouvons nous demander si les outils existants sont suffisamment connus et diffusés au sein du personnel ? Ou en tout cas au sein du service très spécifique des urgences.

En effet, les graphiques Q11G1 et G2 nous montrent que ce sont essentiellement les **ânés** qui connaissent l'outil « patient-partenaire » développé à Saint-Luc et particulièrement les **expérimentés confirmés**. Les **juniors** le connaissant vaguement voire pas du tout. Il est à remarquer que quelques **ânés** les connaissent vaguement voire pas du tout malgré leur expérience de terrain certaine voire confirmée.



Pour les points positifs concernant les outils aux Cliniques Saint-Luc, nous voyons que des idées communes reviennent quelles que soient les années d'expérience. Mais les **juniors** insistent plus sur les groupes de paroles et les psychologues disponibles, suivis par les **expérimentés**, qui eux, s'expriment plus concernant les outils pour le personnel, suivis par les **expérimentés confirmés**, qui, à leur tour, s'expriment plus concernant la disponibilité des chefs adjoints (en accord avec les **expérimentés** et les **juniors**), puis sur la formation « vis ma vie » (les **juniors** également le mentionnent) et enfin sur la possibilité qu'ont les infis de rédiger des avis sur les événements indésirables consultés et gérés par une équipe spéciale. Les **expérimentés confirmés** sont les seuls à exprimer cette idée, peut-être parce que leur expérience leur donne suffisamment de confiance dans leur pratique quotidienne pour réaliser cette tâche particulière ?

Nous remarquons que les **expérimentés** ont émis beaucoup d'idées où ils sont les seuls à les exprimer comme des frigos (congélateurs aux urgences pour avoir des glaces en été → leurs horaires ne leur permettent pas des pauses quand il y a des distributions par Saint-Luc) ; le soutien des assistants sociaux et de la médecine du travail ; l'outil « patients partenaires » ; un blog ouvert à tous reprenant les plages manquantes. Les **juniors** relèvent les activités et outils créés par les infis des urgences et la grande possibilité de se former.



Ce graphique Q10G3 est très parlant concernant la manière de répondre en fonction de l'expérience de terrain et les idées négatives sont toutes uniques selon les 3 groupes.

En ce qui concerne les **expérimentés confirmés**, ils proposent l'idée de fiches dans les chambres avec QR code pour reprendre l'avis des patients, ils souhaitent disposer de renfort pour faire le lien avec les étages, regrettent que les programmes informatiques sélectionnés par les responsables soient aussi coûteux ainsi que des formations chouettes soient à financer par eux-mêmes.

Les **expérimentés** regrettent que peu de choses soient mises en place d'un point de vue institutionnel pour résoudre les vrais problèmes, ce critère rassemble la majorité de leurs idées, suivies par des aides-soignants qui seraient bien utiles pour monter les patients aux étages et la réalité compliquée des horaires très différents aux urgences et dans les autres services.

Les **juniors** parlent de la différence de salaire logique entre les infis du service des urgences et ceux des autres services et que cela devrait rester en égard aux réalités spécifiques, plus compliquées par nature et d'autant plus quand les conditions de travail sont en difficulté mais ce sont les soucis avec les équipes mobiles, peu nombreuses et outillées qui remportent la majorité de leurs idées, suivies par le fait que les check-listes devraient être remplies par tous,

que les ouvertures de postes sont trop rares, que les chiffres liés aux flux devraient être plus réels, qu'il y a trop peu de salles de détente pour les infis.

Vous trouverez dans l'annexe 7.8, émanant de l'analyse des données, des idées et outils non cités ci-avant et vous pourrez voir que cela s'apparente à nouveau à des solutions proposées par les infis car l'existant ne correspond pas toujours spécialement aux besoins de ce service bien spécifique (existant à améliorer et positivement).

12.Ce que nous retenons de notre analyse des données récoltées

12.1 Ce que nous retenons au niveau des conditions de travail

Le point relatif à la question 1 montre que les infirmiers en milieu d'urgence, malgré des conditions de travail difficiles telles que le manque de personnel et le flux élevé de patients, expriment de manière détaillée leurs problèmes et proposent des solutions concrètes. Les infirmiers expérimentés fournissent une analyse approfondie des défis, tandis que les infirmiers juniors, bien que moins expérimentés, apportent des idées novatrices. La faiblesse de l'accent sur l'aspect relationnel patient-soignant et la valorisation du métier est notée. Les réponses suggèrent des améliorations organisationnelles et une revalorisation professionnelle comme pistes pour remédier aux difficultés rencontrées. Le premier graphique de notre analyse révèle une richesse inattendue dans les réponses des participants, qui se sont largement exprimés sur les conditions de travail en milieu d'urgence. Cette abondance d'idées et de suggestions démontre non seulement une compréhension approfondie des défis auxquels ils sont confrontés, mais aussi une implication active dans la recherche de solutions. Ils pointent particulièrement les problématiques, proposent des solutions.

L'analyse révèle des distinctions intéressantes entre les groupes d'expérience. Les infirmiers expérimentés abordent en profondeur les problèmes complexes et les impacts combinés des conditions de travail, mais ils se concentrent moins sur les solutions dans leurs réponses. À l'inverse, les infirmiers juniors, malgré leur expérience limitée, expriment davantage d'idées de solutions et une approche plus positive envers certains aspects du travail. Cette différence peut s'expliquer par leur fraîcheur d'engagement et leur volonté de contribuer au changement.

Un constat notable est la faiblesse de l'accent mis sur l'aspect relationnel patient-soignant, ainsi que la valorisation du métier dans les réponses. Bien que quelques idées apparaissent, elles sont marginales par rapport aux autres problèmes abordés. La faible mention de cet aspect pourrait indiquer une focalisation prioritaire sur les aspects opérationnels et structurels du travail au détriment des relations interpersonnelles.

En bref, ce chapitre démontre que les infirmiers en milieu d'urgence possèdent une compréhension claire des défis qu'ils rencontrent et sont capables de proposer des solutions adaptées. L'implication active des différents groupes d'infirmiers, bien que variée selon l'expérience, montre une détermination collective à améliorer les conditions de travail. Les recommandations formulées offrent une base solide pour envisager des réformes et des améliorations concrètes dans le système des urgences, tout en soulignant la nécessité d'une attention accrue à la valorisation du métier et à la relation patient-soignant.

Le chapitre qui concerne la question 2, révèle que les infirmiers des urgences, qu'ils soient juniors ou aînés, se trouvent confrontés à des conditions de travail difficiles, mais ils tentent activement de les surmonter. Les juniors sont particulièrement engagés dans la mise en œuvre de solutions pratiques, tandis que les infirmiers expérimentés se concentrent davantage sur la nécessité de pallier les déficiences systémiques et apportent des suggestions adressées aux décideurs. Les réponses montrent une grande implication de la part des infirmiers pour améliorer leur environnement de travail malgré les contraintes institutionnelles. Cependant, les solutions proposées sont souvent limitées par le manque de moyens et de pouvoir décisionnel, ce qui peut mener à l'épuisement et à une perte de sens dans leur travail. La relation patient-soignant est peu développée dans leurs propositions, soulevant des questions sur la capacité des infirmiers à maintenir cette dimension essentielle de leur pratique dans un contexte de surcharge et de contraintes.

Les réponses à la question 3 explorent comment les infirmiers des urgences réagissent face à des conditions de travail difficiles, en fournissant des exemples concrets de leurs pratiques. Les résultats montrent une forte préoccupation quant aux impacts négatifs sur leur travail et sur les patients, ainsi qu'une résilience notable dans la recherche de solutions malgré des ressources limitées. Les juniors expriment une frustration particulière liée aux conditions précaires et au manque de moyens, tandis que les expérimentés soulignent des problèmes liés à l'autonomie et aux outils informatiques. En somme, les témoignages mettent en évidence la nécessité urgente de réformes structurelles pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins. Cependant, nous avons surtout observé que, malgré des conditions de travail extrêmement difficiles, les participants ne se contentent pas de décrire les problèmes mais mettent également en lumière leurs efforts pour trouver des solutions, souvent en mobilisant des ressources internes et en adaptant leurs pratiques face à des défis constants.

En bref, cette question a enrichi notre compréhension des réalités des infirmiers des urgences, mettant en évidence non seulement leur résilience face à des conditions de travail adverses, mais aussi les limites de leur action individuelle face à des problèmes systémiques. Les exemples concrets ont illustré les efforts déployés pour pallier les lacunes existantes, tout en soulignant l'urgence de réformes structurelles pour améliorer les conditions de travail et préserver la qualité des soins. Le manque de mention explicite de la relation patient-soignant dans les solutions proposées révèle également un domaine crucial à réévaluer, afin de garantir que l'attention portée aux patients puisse être optimale.

La question 4 a mis en lumière comment les infirmiers des urgences, confrontés à des conditions de travail extrêmes, trouvent des solutions pour gérer des situations critiques. Malgré les défis, ils déploient des stratégies immédiates, allant de l'ajustement de leurs pratiques personnelles à la mobilisation de ressources internes et externes. Les juniors apportent des idées innovantes, souvent en sollicitant des aides externes, tandis que les expérimentés se concentrent sur des solutions réalisables en interne et la mobilisation des familles. Cependant, certaines situations demeurent inextricables malgré les efforts déployés. Cette analyse confirme la résilience des infirmiers face aux défis, tout en soulignant que les conditions de travail continuent de limiter la possibilité d'améliorer la relation patient-soignant.

Le point relatif à la question 5 a permis d'explorer en profondeur les conditions de travail des infirmiers aux urgences, en se basant sur la recherche d'Estryn-Béhar et al. (2010) et les données de notre enquête. Nos résultats montrent que le manque d'effectifs est perçu comme la principale difficulté, suivi par la pression temporelle et la qualité des soins. Ces résultats confirment les recherches précédentes et mettent en lumière une lassitude face à ces problèmes récurrents.

Un paradoxe intéressant a émergé : bien que le manque d'effectifs et la pression temporelle soient identifiés comme les plus grands défis, les participants les mentionnent moins dans leurs explications. Cela pourrait refléter une forme de résignation ou une perception de ces problèmes comme des évidences indiscutables.

Les difficultés émotionnelles, bien que moins prioritaires dans les tableaux, sont plus détaillées dans les entretiens, particulièrement chez les juniors. Les différences entre les perceptions des juniors et des infirmiers expérimentés révèlent des préoccupations variées, ceux-ci étant plus affectés par les horaires difficiles.

Les solutions proposées par les participants sont généralement individuelles et se concentrent sur des ajustements locaux plutôt que sur des changements structurels. Les résultats soulignent le besoin d'une approche plus globale pour améliorer les conditions de travail, notamment en révisant la gestion des effectifs, les horaires, et en prenant mieux en compte les aspects émotionnels du métier.

En bref, cette analyse met en lumière la complexité des conditions de travail des infirmiers aux urgences et la nécessité d'une approche multifacette pour aborder les problèmes identifiés. Bien que des solutions ponctuelles et des ajustements puissent être mis en place, une réforme plus globale des structures et des politiques de santé semble indispensable pour véritablement améliorer les conditions de travail et réduire le taux d'abandon de la profession. Les résultats de notre enquête soulignent l'importance de la reconnaissance et de la prise en compte des défis spécifiques auxquels les infirmiers font face, afin de soutenir leur bien-être et leur efficacité dans un environnement de travail exigeant.

12.2 Ce que nous retenons au niveau de la relation

La question 6 a voulu examiner en profondeur la relation entre les infirmiers et les patients dans le contexte des urgences, en mettant en lumière les différences de perception entre les infirmiers juniors et expérimentés confirmés. Les résultats montrent que les infirmiers juniors sont plus prolixes sur les aspects spécifiques des urgences, notamment en termes de difficultés liées à la relation avec les patients. Leur focus se porte sur les défis de la relation, souvent jugée trop brève et superficielle en raison des contraintes de temps et des conditions de travail intenses.

En contraste, les infirmiers expérimentés expriment principalement des ressentis positifs, mais aussi des réflexions sur l'évolution de la relation soignant-soigné au fil des années. Ils mettent en avant les paradoxes et les défis liés à la charge de travail et à la gestion des urgences, tout en reconnaissant l'importance de maintenir une relation humaine, même dans un contexte souvent réduit à l'essentiel.

Les idées de solutions évoquées par les participants soulignent un désir partagé de réformer les conditions de travail pour permettre une meilleure qualité de relation, tout en faisant face à la réalité des ressources limitées. Les suggestions incluent l'amélioration de la communication avec les patients et une meilleure gestion du temps, malgré la pression continue.

L'analyse des données révèle que bien que les aspects relationnels soient souvent négligés au profit des aspects techniques et opérationnels, il est crucial de trouver un équilibre pour préserver la dimension humaine des soins. Les solutions proposées vont dans le sens d'une amélioration des pratiques quotidiennes.

Les perspectives futures devraient se concentrer sur la mise en œuvre de ces solutions pour améliorer à la fois l'expérience des patients et celle des professionnels de santé.

Les réponses à la question 7, ont permis de mettre en lumière les différentes perceptions des soignants des urgences concernant les relations de soins définies par Formarier (2007). Les résultats montrent que les participants ont exprimé des opinions variées et des difficultés à classer et expliquer les types de relations théoriques. Cette hésitation souligne la complexité de concilier théorie et pratique, surtout dans un environnement stressant comme les urgences. Nos observations durant les entretiens ont montré des comportements non verbaux et verbaux de désarroi, de désappointement, de frustrations, d'agacements (« C'est dégueulasse ! », « Je refuse que ce soit impacté », « Au secours »), conscientisant à ce moment précis à quel point les conditions de travail problématiques atteignaient négativement tous les types de relation qu'ils ont avec leurs patients.

Les soignants ont manifesté des difficultés à hiérarchiser les types de relations de soins, souvent en raison de la charge de travail élevée et du manque de temps. Ils ont souligné que certaines relations, telles que la civilité, sont fondamentales mais souvent compromises par les conditions de travail. Les participants ont fréquemment hésité, modifié leurs choix et eu du mal à fournir des explications concrètes, ce qui indique une difficulté à internaliser ces types de relations dans leur pratique quotidienne.

Malgré ces difficultés, certains types de relations ont été perçus comme essentiels. La relation de civilité, par exemple, a été unanimement considérée comme le minimum de base, indispensable même en cas de surcharge de travail. Les soignants ont insisté sur l'importance de maintenir une attitude respectueuse envers les patients, malgré les contraintes temporelles.

La relation de soin a également été jugée cruciale. Les participants ont mentionné que, malgré le manque de temps, les soins techniques et la gestion de la douleur demeurent des priorités absolues. Toutefois, le manque de temps pour discuter avec les patients et leur expliquer les soins a été fréquemment cité comme une limite.

La relation éducative a été identifiée comme importante pour prévenir les réhospitalisations et assurer la continuité des soins. Les soignants ont souligné que l'éducation des patients est souvent négligée aux urgences en raison du temps limité disponible. Cependant, ils ont reconnu l'importance de cette relation pour l'autonomie des patients une fois sortis de l'hôpital.

La relation d'empathie a été jugée indispensable mais difficile à maintenir en situation de stress. Les soignants ont exprimé le besoin d'être empathiques pour établir une relation de confiance avec les patients, malgré les contraintes temporelles et émotionnelles.

En ce qui concerne la relation d'aide psychologique et le soutien social, les soignants ont souligné la difficulté de les intégrer dans leur pratique en raison du manque de temps. Ces relations sont souvent relayées à des psychologues ou des assistants sociaux. Cependant, certains soignants avec une formation spécifique ont tenté d'incorporer ces aspects dans leurs soins, bien que cela reste un défi constant.

Les résultats montrent également des différences entre les juniors et les soignants expérimentés. Les juniors ont souvent contribué davantage à expliquer les types de relations, tandis que les expérimentés semblaient plus résignés face aux contraintes de travail. Cette différence pourrait refléter une lassitude et une résignation croissantes avec l'augmentation de l'ancienneté, ainsi qu'une perception plus critique des conditions de travail actuelles par les soignants plus expérimentés.

En bref, cette étude révèle que bien que les soignants reconnaissent l'importance des différents types de relations de soins, leur mise en pratique est fortement influencée par les conditions de travail et le manque de temps. Les résultats soulignent la nécessité d'améliorer les conditions de travail et de fournir des formations continues pour aider les soignants à intégrer ces relations de manière plus efficace dans leur pratique quotidienne.

Ce point concernant la question 8 a mis en évidence que les participants se montrent plus réticents à discuter des aspects de la relation patient-soignant que des conditions de travail générales, en raison du paradoxe entre leur désir de qualité relationnelle notamment dans les choix de ce métier et les contraintes imposées par des conditions de travail difficiles telles que le manque de temps et de personnel. Les soignants expérimentés soulignent particulièrement l'impact de la surcharge de travail et des horaires difficiles sur la relation avec les patients en fin de vie, ainsi que la pression des familles et des médecins. Les juniors, quant à eux, notent l'influence de l'humeur des patients sur les relations. Les discussions ont également révélé des problématiques comme le turnover des médecins et le manque de généralistes. La prochaine section se concentrera sur l'analyse des aspects relationnels et l'exploration de solutions pour améliorer ces conditions de travail.

La question 9 a révélé plusieurs grandes thématiques concernant les solutions proposées pour améliorer les conditions de travail et la relation entre infirmiers et patients. Les solutions se concentrent principalement sur l'amélioration de l'organisation, avec une contribution notable des juniors, suivis par les infirmiers expérimentés. Les suggestions incluent une augmentation du personnel et des qualifications, ainsi que des améliorations organisationnelles telles que la valorisation de la profession et la gestion des urgences. Les expérimentés et les expérimentés confirmés mettent l'accent sur la nécessité de personnel plus qualifié et de solutions adaptées aux réalités du terrain. Les juniors plaident pour une meilleure présence des cadres sur le terrain et une amélioration des conditions d'accueil des patients. Par ailleurs, les réponses mettent en lumière des fausses solutions et des défis persistants, tels que le manque de financement et le sentiment d'impuissance face aux conditions de travail. Les propositions incluent aussi des

mesures externes comme la collaboration avec des services de médecine générale et des campagnes de prévention. En somme, les données indiquent une diversité de solutions, mais aussi une reconnaissance des limites de certaines propositions, nécessitant un pouvoir décisionnel et des moyens financiers ce qui n'est pas du ressort des participants.

Concernant les outils à disposition des soignants (question 10 et 11), les cliniques Saint-Luc proposent un grand nombre d'outils décrits comme très riches, variés par les participants tant pour les moments informels que pour leurs actions de soignants. Les possibilités de formations internes sont multiples cependant, les soignants semblent en accord avec le fait qu'elles soient financées par l'institution. Les infirmiers urgentistes semblent peu voire pas au courant de l'outil « patient partenaire » utilisé par l'institution, il ne seraient pas développé dans leur service. De nombreux outils concernent la cohésion du personnel, des équipes, et du bien-être de chacun.

Enfin, nous souhaitons illustrer un élément qui nous a marquée durant notre recherche et qui consiste en une différence importante entre ce que disent les infirmiers urgentistes des conditions de travail (un plus grand nombre d'idées) en regard de la relation patient-soignant qui obtient un score moins important. Voici un tableau récapitulatif du nombre d'idées exprimées par question :

	Conditions de travail	Relation	Les deux concepts
Question 1	237		
Question 2	102		
Question 3	154		
Question 4	102		
Question 5	331		
Question 6		161	
Question 7		176	
Question 8		85	
Question 9			174

Étant donné que le nombre de questions relatives aux conditions de travail et à la relation patient-soignant n'est pas équilibré, nous avons choisi de ne pas calculer de moyennes. Nous vous proposons plutôt de comparer, d'une part, la question 1 avec la question 6, et d'autre part, la question 5 avec la question 7, celles-ci ayant des objectifs similaires.

13. Ce que nous pourrions formuler comme hypothèses

- Dans la question 1, les juniors ont naturellement évoqué l'aspect relationnel avec les patients. Cela pourrait peut-être s'expliquer par le fait qu'étant fraîchement arrivés sur le terrain, ils n'ont pas encore beaucoup subi les conditions de travail difficiles. Ainsi, la relation avec le patient est moins impactée et plus présente chez eux.

- Dans la question 2, les juniors détaillent beaucoup leurs actions et leurs conditions de travail difficiles. Nous avons été interpellée par le nombre d'idées évoquées par ce groupe, qui a moins d'expérience de terrain, comparé aux deux autres groupes plus expérimentés. Cela pourrait être dû au fait que les plus anciens ont développé une résilience face aux défis du métier, en parlant moins de ces problèmes, contrairement aux plus jeunes. Dans la question 5, nous faisons face au même constat lorsque les participants n'expliquent pas les conditions de travail apparaissant dans leurs classements comme étant les plus problématiques, comme si celles-ci étaient des évidences ou encore par lassitude, résilience.
- Et en question 3 apparaît la nuance chez les juniors d'un sentiment d'impuissance prouvant que les lacunes sont criantes dès l'arrivée dans le métier.
- Dans la question 2, les deux groupes plus expérimentés proposent des solutions s'adressant directement à la hiérarchie et/ou des solutions n'étant pas de leur ressort. Nous pensons peut-être que bénéficiant d'une expérience de minimum 10 ans, ils sont habitués à agir et à mettre en place tout ce qu'ils peuvent estimant ainsi qu'ils ne peuvent rien faire de plus à leur niveau mais montrant leurs soucis de voir tout de même des solutions apparaître pour ce métier qu'ils affectionnent toujours.
- Dans la question 4, nous observons très peu de réponses concernant la relation patient-soignant tous groupes confondus ce qui nous amène à penser que les infirmiers manquent tellement de temps, devant sans cesse pallier à des conditions de travail complexes augmenté de ce qu'elles entraînent de négatif sur leur quotidien professionnel réduisant la relation à sa plus simple expression, sans pouvoir la décliner plus finement.
- Le classement hétéroclite dans le tableau de la question 7 nous fait penser que les choix des soignants concernant la relation dépendent des représentations et valeurs de chacun individuellement.
- Dès qu'un apport théorique survient décrivant plus clairement ce qu'ils vivent sur le terrain, cela les déstabilise (question 5 et 7). La conscientisation des problèmes est probablement d'autant plus grande et insupportable qu'ils en perdent leurs moyens (propositions cochées dans le tableau souvent différentes lors du classement à l'oral). Nous ne pensons pas que cela soit dû à une difficulté d'ordre théorique alors que par leur métier ils pourraient apparaître uniquement comme des praticiens. En effet, la formation d'infirmier SIAMU comme développée dans notre contexte est très conséquente et mêle autant la théorie et la pratique. La formation pour être infirmier urgentiste dure 5 ans, comme un master.
- Le mal être de la profession réside probablement dans le paradoxe suivant : les soignants choisissent le métier d'infirmier notamment pour la relation avec les patients, mais ils sont confrontés à l'impossibilité de mettre celle-ci en œuvre comme ils le souhaiteraient à cause des mauvaises conditions de travail. Cependant, ils ne peuvent entendre et accepter que cette relation soit impactée.
- La question 9 nous fait émettre l'hypothèse de l'importance de la proximité des cadres sur le terrain pour les juniors probablement suite à leur expérience naissante nécessitant un

retour sur leur pratique quotidienne soulignant à nouveau la rupture entre la hiérarchie dans les bureaux et leur réalité de terrain.

- Les questions 10 et 11 montrent que la communication concernant les outils à disposition des soignants pourrait être améliorée, nous pensons que développer l'outil patient-partenaire au sein des urgences pourraient être réellement bénéfique.

E. Analyse des données récoltées selon la théorie de Weick

1. Introduction

Dans cette partie nous allons analyser les données récoltées à l'aide du cadre théorique de Karl E. Weick. En effet, les données qui ont déjà été analysées précédemment question par question en chiffrant les idées selon leur récurrence nous ont permis de mettre en évidence des points auxquels nous ne nous attendions pas forcément. Nous allons donc illustrer la théorie de Weick grâce aux verbatims des participants. Nous allons d'abord aborder l'analyse individuelle en deux points : le sensemaking et le modèle ASR puis l'analyse organisationnelle où il est question de résilience organisationnelle. Nous aborderons ensuite la rupture de sens ainsi que les actions et solutions résilientes qui sortent du déjà-vu ↔ vu-jadé.

2. Analyse individuelle

2.1 Sensemaking

Comme nous l'avions expliqué dans le point du cadre théorique, le sensemaking est le processus par lequel les individus interprètent des expériences complexes et ambiguës pour en donner du sens. Ils structurent le flux d'informations pour comprendre les événements et déterminer ainsi les actions qu'ils vont entreprendre. Ce point est très important en particulier dans les organisations en période de crise/ d'incertitude ce qui est le cas pour les hôpitaux.

Ainsi, les infirmiers expliquent très bien leurs conditions de travail problématiques ainsi que l'imprévisibilité de leur métier dans le service des urgences. Leur métier est une chaîne d'éléments imprévisibles, ils vivent le « vu-jadé » en permanence. Ils expriment aussi un sentiment d'impuissance et une possible rupture de sens.

- **Description des conditions de travail :**

« [...] enfin moi j'trouve que j'ai pas assez le temps de parler au patient, quoi. ».

« [...] un jour où on est en manque de personnel parce qu'il manque une infirmière et il manque des médecins également et on a un débordement de patients, disons qu'on est dans un secteur qui peut accueillir normalement 18 patients [...]. ».

« [...] les conditions de travail peuvent être parfois altérées parce qu'il y a, parfois, un flux beaucoup trop conséquent pour ce que la capacité infirmière peut accueillir. Et comme ce sont les urgences, mais son nom l'indique, il y a pas de prise de rendez-vous ou d'autres choses qui permettent de gérer le flux et donc quand on prend un flux énorme et bien il se trouve qu'on est débordé [...]. »

« [...] parfois il y a des absents de longue durée, de courte durée, des femmes enceintes ou des choses comme ça et donc ça réduit l'effectif. Et malheureusement ces gens sont pas remplacés. »

« [...] chaque absence se fait ressentir sur la charge de travail, sur l'émotionnel, sur les collègues qui restent et les solutions quand elles sont trouvées, sont parfois adéquates avec des intérimaires qui ont l'habitude de travailler ici, et parfois complètement inadéquates ou absentes. »

« [...] je dis toujours on soigne des gens, pas des voitures ou des pièces de je sais pas quoi. Donc, ça reste quand même un métier avec du relationnel et de l'humain et un enjeu vital. Et ça beaucoup de gens parfois l'oublie, notamment les hauts responsables. Pourquoi ? Parce que eux ont l'aspect financier en vue et donc pour eux c'est des chiffres, des chiffres, des chiffres, de l'argent. Et si, oui, peut-être qu'à la fin il reste un petit peu de place, ce sera peut-être le profil humain et le côté relationnel. Et malheureusement ça beaucoup, beaucoup de gens l'oublie certainement au plus on monte dans la chaîne, dans la hiérarchie au plus les gens l'oublie. »

« [...] c'est du nursing [...], mais ça fait partie aussi de notre prise en charge qu'on aime bien faire et qui bien, vraiment dans le quotidien manque parce qu'on a pas le temps de, de faire nos tâches comme on aimerait bien les faire jusqu'au bout et ça c'est, ça c'est pesant aussi. »

→ Dans ce point nous aurions pu reprendre énormément de verbatims par participants tellement ils expliquent bien leurs conditions de travail problématiques et ont été très productifs sur le sujet.

- **Imprévisibilité :**

« [...] comparé à l'étage où on est sur du planifié. Maintenant on a choisi de travailler dans cette atmosphère-là, mais c'est un, c'est une difficulté supplémentaire surtout qu'il y a tout le côté imprévu qui va avec, ou bien une journée n'est jamais standard. »

« Et puis surtout, enfin, quand on est malade on peut pas forcément prévoir longtemps à l'avance donc on peut pas prévenir, la semaine prochaine je serai malade. Donc en général c'est en dernier moment et donc c'est difficile. »

→ Les participants illustrent parfaitement l'imprévisibilité constante de leur métier, particulièrement dans le contexte du travail aux urgences.

- **Impuissance :**

« On essayait de faire comme on pouvait. En fait, c'est de la survie. Ce jour-là, je suis rentrée, j'ai pleuré. Je me suis dis, mais c'est pas viable de continuer comme ça ». »

« [...] on est dans un secteur qui peut accueillir normalement 18 patients, qu'on a 35 patients. Qu'on n'a pas d'aide supplémentaire, que l'agressivité commence à s'installer au niveau du, des patients qui attendent qui sont énervés parce que ça traîne. Ça c'est terrible parce que on a envie, enfin voilà, nous on est là pour, pour essayer d'aider un maximum de personnes mais on sait que même si on fait tout notre possible, on sait pas être dans des délais raisonnables là au niveau de la condition de travail c'est dur. »

→ Tout au long de leurs réponses, les participants ont exprimé un profond sentiment d'impuissance face aux situations qu'ils rencontrent fréquemment dans leur travail. Malgré les efforts constants et leur bonne volonté pour pallier divers manques, ils se retrouvent souvent démunis face à certaines situations.

- **Perte de sens** :

« Ce que ça engendre aussi ça c'est malheureusement, et de manière involontaire, une moindre qualité des soins. Pourquoi ? Parce que on se presse tellement à faire les choses qu'on prend plus le temps correct et adéquat pour pouvoir faire les choses vraiment bien comme il faut. »

« Mais c'est le strict minimum qui est fait et parfois y a du confort en moins, y a des, juste des soins qui sont un peu plus bâclés et malheureusement bien on peut pas faire mieux ou voilà, c'est des choses qui arrivent. »

« [...] le fait qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout des choses avec le patient comme je disais, lui apporter un repas, ou même s'asseoir avec lui 3 minutes, lui faire un sourire ou, on n'a pas le temps, c'est vraiment terrible. »

« [...] l'atmosphère générale est mauvaise dû aux conditions de travail »

→ Les participants sont confrontés constamment à des pertes de sens auxquelles ils pallient au mieux. Cependant, celles-ci sont assez dures à vivre car elles impactent souvent ce pourquoi ils ont choisi d'être infirmier : la relation avec le patient.

2.2 Modèle ASR

En se référant à la théorie de Weick expliquée plus en détail dans le point du cadre théorique, nous pouvons analyser le comportement d'un individu face à une situation vécue en 3 phases :

- **Activation** : en cas de perte de sens, si une situation imprévue se produit, l'individu s'active et réagit.

« C'est dans le cadre des urgences, c'est le fait de pouvoir toujours [...] rebondir de manière la plus adéquate dans chaque nouvelle situation qu'il soit 07h00 du matin, qu'il soit 14 h. Parce que souvent les collègues disent : "ouais mais enfin, j'ai déjà vu 100 patients sur la journée". Oui, mais le centième patient il n'en peut rien que tu en aies déjà vu 100. [...] Et quelque part il doit pouvoir se faire traiter de la même manière que le premier que t'ai vu. »

« [...] on doit s'attendre régulièrement à fournir plus que ce qu'on fait d'habitude. Donc on doit se préparer psychologiquement à assumer 2 postes en même temps et à ce que le remplacement d'absents soit pas fait. »

« [...] moi l'autre fois j'avais ça aussi, j'avais super mal au dos, enfin on court tellement que, c'est aussi un des risques et j'ai poussé une personne de 150 kilos parce qu'elle n'allait plus aux soins et je sais plus, j'allais dire un truc avec ça mais ça a encore empiré ce que j'avais personnellement au dos quoi, mais j'ai pas eu le choix, quoi, on y va, je suis là, on ferme sa bouche et on y va quoi. »

→ Nous constatons que nos participants agissent constamment, malgré le fait que les conséquences peuvent parfois être dévastatrices pour eux, mais ils persévèrent néanmoins.

- **Sélection** : cette phase permet que suite à l'action menée, l'individu l'interprète afin de trier les informations et effectuer les choix les plus adéquats.

« [...] j'étais dans la zone couchée, tous les patients qui étaient confus. Donc cette zone, toutes les chambres étaient occupées et puis y en avait tout le couloir était blindé aussi et tous les patients qui étaient confus, je les avais mis en dehors des chambres pour que je puisse avoir une vision sur eux. Et c'était vraiment compliqué parce que ces patients ont été agités, demandeurs, avaient besoin d'avoir des soins : je pourrais pas ! Je n'avais pas le temps en fait de pouvoir répondre à un minimum de dignité pour ces patients. ».

Dans cet exemple, l'infirmier a interprété la situation et a fait le choix le plus adéquat de mettre les patients dans le couloir plutôt que dans les chambres pour « avoir un œil » sur eux malgré qu'il n'avait pas de temps à leur accorder. Cette manière de fonctionner a permis de les garder au maximum en sécurité.

« Bien si on devait faire les choses dans l'ordre, logiquement, le patient est installé, nous on le conditionne entre guillemets, on le déshabille, on le met en blouse et on devrait attendre que le médecin aille le voir. Seulement si on fait ça, les patients restent, en moyenne ils restent 6 à 8 heures, si on fait ça, ils resteront le double. Donc nous ce qu'on fait pour, justement pour palier à ça, c'est que on anticipe. Donc on va d'emblée lancer un bilan sur les symptômes qu'on a du triage en disant : ok, c'est une douleur abdominale, on va déjà lancer une prise de sang, on va mettre une perfusion, selon les besoins, on va mettre des antidouleurs, on va [...] faire des urines. »

→ Dans ces situations, les participants expliquent clairement qu'ils ont interprété la situation à laquelle ils faisaient face et ont fait le choix le plus adéquats.

- **Rétention** : l'action est stockée en mémoire et pourra ainsi être réactivée lorsqu'une situation semblable se produira à l'avenir.

« [...] dans le sens sur la route où ils étaient, ils allaient forcément arriver chez nous. Et donc moi je voulais prévoir déjà que l'échographie soit là, que le scanner soit au courant qu'on allait sans doute avoir un polytraumatisé, enfin bref de prévenir les intervenants, de prévenir déjà peut-être la neuro pour savoir si le neurochirurgien était présent machin dans la maison, enfin, bref. Et, arrive donc ce jeune superviseur et avec mon collègue avec qui on était en train de préparer, collègue, qui a mon âge et donc, enfin voilà, on est aussi anciens tous les deux et on se dit on va faire ça, on va faire ça et on parle tous les deux et là ce médecin arrive en disant : « Il n'en n'est pas question ! Tu stoppes, tu arrêtes tout et on verra bien! ». Et donc finalement, le patient est bien arrivé chez nous, on a fait ce qu'il y avait à faire à ce moment-là mais pour moi, c'était dommage d'avoir perdu du temps »

→ La situation suivante nous montre que la personne ayant beaucoup d'expérience de terrain s'est servie des informations passées stockées dans sa mémoire pour agir au mieux ainsi que de façon anticipative face à la nouvelle situation à laquelle elle était confrontée.

Dans notre cas, c'est par ce processus que face à l'imprévisible, les infirmiers vont chercher des situations analogues, des éléments multiples dans leur répertoire expérientiel pendant qu'ils

sont en train de soigner la personne afin de construire une nouvelle action adaptée à la situation unique à laquelle ils sont confrontés. En effet, lors de nos entretiens, ils trouvent des solutions qui apparaissent étonnamment dans les réponses de la question une qui n'est pourtant pas prévue pour cela au départ. Ils rebondissent, ils agissent et ils s'adaptent en continu.

Le modèle ASR est appliqué par tous quel que soit le degré d'expérience des infis. Cependant, il est particulièrement bien expliqué dans les entretiens par **les expérimentés** (10 à 22 années d'ancienneté) ainsi que **les expérimentés confirmés** (32 à 35 années d'ancienneté) qui très naturellement font appel à leur expérience de terrain très conséquente.

3. Analyse de la résilience organisationnelle

Pour résister à l'effondrement de sens, les infirmiers peuvent mettre également en place 4 stratégies lors desquelles ils ne sont plus seuls à agir.

- Par **l'improvisation** : face à une situation à laquelle il ne peut pas agir seul, il mobilise d'autres ressources humaines.

« Et l'entraide, et comme j'expliquais ce matin encore, comme je disais tout à l'heure, l'entraide médicaux-infirmière. C'est, je disais à l'assistante ce matin, quand tu vas voir le patient que tu vas le faire partir, tu enlèves son cathéter, ça nous fait gagner énormément de temps et d'énergie. Et ça on essaie de faire passer toujours [...] Et du coup elle a compris que voilà c'était dans les deux sens quoi. »

« Et puis après on sait aussi que souvent il y a des entraides, même au sein de secteurs différents. Si c'est un peu plus calme dans un secteur, il y a toujours bien quelqu'un qui vient aider : "ah tu as besoin d'un coup de main, je peux faire ci, je peux faire ça pour toi" [...] »

« Maintenant, oui [...] parce que même l'après-midi, si en réanimation on déborde, on sait que y a, ce qu'on appelle les zones chargées le 15h-23h, qui peut switcher du coucher vers la réanimation pour nous aider. »

« [...]enfin ça c'est comme dans d'autres services d'urgences mais ça me permet d'être au cœur de la, de la salle de traumatologie et de pouvoir aller dans d'autres, d'autres secteurs aider, par exemple [...] »

→ Les infirmiers ont clairement exprimé qu'ils ont l'habitude de s'entraider constamment dans leur travail. Lorsqu'une zone est débordée, les infirmiers d'une autre zone viennent en renfort si possible. Cette entraide s'étend également aux interactions entre médecins et infirmiers.

- Par la **panoplie des rôles** : il va parfois devoir cumuler des rôles différents. Ce point est très bien illustré par certains propos des participants.

Nous aurons, par exemple, un participant qui lorsqu'il doit exercer son travail de chef, ne peut pas le faire en continu et doit très souvent interrompre ses tâches pour aller aider son équipe dans le service. Il endosse alors le rôle d'infirmier en plus du rôle de chef : *« [...] Ce sentiment d'être bouche-trou ou dès qu'il y a un absent, ouf, on est la roue de secours qui va se taper dans 1, 2 ou 3 secteurs, parfois, c'est déjà arrivé. Parce qu'on n'a pas la solution intérimaire,*

parce qu'on a pas la solution en interne, parce qu'on a pas le volant qui va venir. [...] Si maintenant mon équipe est en difficulté en bas, je dois pouvoir jeter les armes et pouvoir descendre et reprendre quelque chose en l'état. [...] C'est un double boulot. ».

« Le matin, il manque quelqu'un : ah mais je suis malade, je suis malade de la nuit voilà quelqu'un appelé à 03h00 du matin, il est malade, il sait pas venir. C'est un chef qui va faire son travail. »

Un autre exemple de ce « cumul » des rôles est exprimé chez les expérimentés confirmés. En effet, l'un des participants nous confie : *« Moi, j'ai l'impression de porter plusieurs casquettes en même temps. [...] enfin voilà, quand on est là depuis longtemps, on sait comment ça roule, comme un prof connaît tous les collègues quand il est là depuis 20 ans et que la nouvelle qui est arrivée depuis 6 mois connaît que ceux avec qui elle a des délibés, voilà, c'est un peu ça et donc on connaît le fonctionnement de l'institution ce qui est mon cas [...] enfin je suis une des personnes à qui on vient poser des questions [...] je vais dire je ne m'en plaint pas, mais ça fait partie d'une charge de travail supplémentaire ».*

→ Nous avons observé divers exemples de cumul des rôles naturellement exprimés par les participants. Cela est particulièrement évident chez les chefs (adjoints), qui doivent délaissier leurs tâches administratives pour renforcer directement leurs équipes. De même, les employés plus anciens expriment devoir assumer plusieurs rôles en raison de leur ancienneté, tels que coacher les nouveaux et superviser des équipes avec moins d'expérience.

- Par **l'interaction respectueuse** : des individus différents vont se coordonner pour construire une nouvelle action.

« [...] y en a un qui est à la maison parce qu'il est en récupération de nuit et c'est sa 7ème récupération de nuit ; à savoir que là il est juste en congé, dire : « écoute je sais tantôt que il manque quelqu'un, je sais que je serai tout seul, je sais que ce sont pas des conditions de travail idéales, est-ce que tu veux pas venir m'aider ? On dit au chef que tu viens, point à la ligne. » Oui ou non en fonction de la relation que tu peux avoir ou pas avec la personne. »

« Je vais en parler à mes collègues. On est, on est très soudé et on est très, je trouve qu'on a une équipe vraiment bienveillante donc moi j'en parle quand ça va pas je suis là : ok là, là j'en peux plus, est-ce que tu peux, par exemple un patient chez qui j'ai déjà été 4 fois et qui continue à poser les mêmes questions ou qui demande beaucoup d'énergie, à un moment je dis : est-ce que t'as pas envie qu'on échange, enfin que tu vas le voir et moi je vais voir autre chose ou ... »

→ Nous aurons, par exemple ici, deux infirmiers qui vont s'entraider soit en revenant travailler un jour de repos pour aider leur équipe, soit en venant aider dans une zone qui n'est pas la leur, par exemple.

- Par la **sagesse** : l'infirmier ne va pas seulement se contenter de sa certitude de pouvoir gérer la situation mais grâce au doute et à la remise en question, il va se dire que ses moyens classiques ne fonctionneront pas et il va essayer de trouver autre chose.

« J'ai déjà eu une fois une intubation en pédiatrie, c'était tendu et on a des très bons, dieu merci, on a des très bons superviseurs en pédiatrie qui sont très compétents. [...] Ça, quand y a un gros cas, ils descendent et on se sent déjà rassuré. Mais bon ! ».

→ Dans cet exemple, les infirmiers urgentistes ne sont pas forcément spécialisés en pédiatrie mais doivent gérer un cas compliqué, ils font alors appel à un superviseur qui lui, est spécialisé et qui descend pour les aider. Les infirmiers expriment naturellement des moments lors desquels ils n'estiment pas avoir les compétences nécessaires et font appel à une personne adéquate. Cela se retrouve aussi chez les juniors lorsque face à une situation, ils ne pensent pas avoir les aptitudes nécessaires et font appel à un infirmier plus expérimentés pour venir les aider.

Par ces quatre stratégies, nous pouvons constater que lorsqu'un infirmier ne sait pas agir seul, il fait naturellement appel à d'autres acteurs sociaux pour réussir malgré tout.

4. Rupture de sens définitive

La rupture de sens est le facteur déclencheur qui peut mener soit à la résilience, soit à une rupture complète (définitive) ou partielle. Cela peut pousser les infirmiers à, par exemple, réduire leur temps de travail pour une rupture partielle, ou à changer de profession et quitter leur emploi pour une rupture définitive. Lorsque l'infirmier n'est plus en capacité de réagir aux situations compliquées que ce soit par lui-même, avec d'autres personnes ressources ou encore parce que l'action nécessite des aspects décisionnels hiérarchiques, politiques ou encore financiers qui le dépassent, il y a un effondrement de sens mais qui cette fois ci, ne conduit plus à la résilience sur le plan individuel et organisationnel.

Nous n'avons pas été confrontés à des participants qui émettaient le souhait de quitter la profession immédiatement. Cependant, nous avons eu deux situations proches de la rupture de sens :

- Un des participant nous a expliqué qu'à mi-temps il était plus supportable de faire face au milieu compliqué, aux conditions de travail difficiles. L'infirmier a bien mis l'accent sur le fait que reprendre un temps plein était inenvisageable car il savait qu'il ne pourrait alors pas supporter son travail : *« Non, je comprends que des gens, je comprends que, que ça puisse pousser, donc certaines choses puissent pousser des gens au burnout, il y a des gens qui ne sont pas fait pour les urgences ou tu as des gens qui travaillant à temps plein, la charge émotionnelle ici aux urgences est énorme. Moi elle ne me pèse pas, probablement parce que je suis bien dans mon métier mais surtout parce que je fais mi-temps. [...] Tu vois, voilà, ça t'impact à mi-temps. Qu'à temps plein, je comprends que les temps pleins pètent un plomb parce que le problème est récurrent *tape sur la table avec sa main* depuis des années, s'aggrave et tu sens qu'il y a pas vraiment de solution. Tu entends que c'est angoissant la solution, les problèmes des hôpitaux. Tu entends que le financement est chaque fois restreint que les études passent à 5 ans mais sont pas reconnues. Tu sens que du coup il y aura moins de candidats. ».*
- Nous avons aussi remarqué que les juniors avaient tous, après leur spécialisation, enchaîné directement avec leur master contrairement aux expérimentés qui ne l'ont pas forcément et

aux expérimentés confirmés qui n'en ont pas en dehors de quelques rares exceptions. Ceux-ci ont stipulé avoir agi de la sorte car ils ont bien conscience qu'ils ne tiendront pas à long terme en tant qu'infirmier urgentiste. Ils ont donc fait leur master directement dans l'optique de pouvoir trouver un poste plus « calme et serein » lorsqu'ils voudront partir.

« Mais moi je suis pas sûre de savoir tenir en longueur. Et clairement, moi, quand je vois, en tout cas l'équipe des jeunes, il y en a plein qui font des formations complémentaires, qui, se sont des formations qui permettent de sortir justement de l'hospitalier. Plus comme une carte poker ou joker. Plus tard de se dire voilà, le jour où j'en ai vraiment marre de travailler aux urgences, je sors mon diplôme, moi par exemple mon master en santé publique, voilà, c'est, je le joue à ce moment-là et mais je trouve ça triste de se dire que déjà maintenant en fait, on pense déjà au futur parce qu'on sait que dans le temps c'est pas tenable et c'est pas une vie non plus quoi. ».

« Après, moi, j'ai fait le master en santé publique pour un jour justement avoir des opportunités ailleurs. »

5. Ce que nous retenons de l'analyse des données récoltées selon la théorie de Weick

L'analyse des données à travers la théorie de Karl E. Weick révèle comment les infirmiers en milieu d'urgence gèrent un environnement complexe et incertain.

Nous avons tout d'abord vu le **sensemaking** : les infirmiers interprètent et structurent les situations imprévisibles et stressantes en réagissant aux conditions de travail difficiles et en ajustant leurs pratiques. Cette gestion du sens est essentielle pour maintenir la qualité des soins malgré les contraintes. Nous nous sommes intéressée au **modèle ASR** : les phases d'Activation, Sélection et Rétention montrent comment les infirmiers adaptent leurs actions face aux défis : ils réagissent immédiatement aux situations imprévues, sélectionnent les meilleures solutions en fonction de leur expérience, et conservent ces apprentissages pour de futures situations similaires. Nous avons ensuite vu la **résilience organisationnelle** : les stratégies de résilience incluent l'improvisation, le cumul des rôles, l'entraide entre collègues et la sagesse collective. Ces mécanismes permettent aux équipes de surmonter les difficultés et d'assurer la continuité des soins malgré les contraintes. Enfin, nous avons parlé de **la rupture de sens** qui peut mener à des changements significatifs, tels que la réduction du temps de travail ou le changement de carrière. Bien que certains infirmiers trouvent des moyens de s'adapter, d'autres peuvent atteindre un point de rupture qui nécessite une réévaluation de leur engagement dans le métier.

En résumé, l'analyse selon la théorie de Weick montre que les infirmiers des services d'urgence développent des mécanismes sophistiqués pour faire face à un environnement de travail complexe et imprévisible. Leur capacité à s'adapter, à improviser et à collaborer est essentielle pour maintenir un niveau de soins acceptable. Toutefois, la persistance des défis rencontrés souligne également l'importance d'interventions organisationnelles et structurelles pour soutenir ces professionnels dans un contexte de soins de plus en plus exigeant. La résilience,

bien que souvent exemplaire, est mise à l'épreuve par des réalités qui nécessitent des réformes profondes pour garantir la pérennité et la qualité des soins dans les services d'urgence.

F. Atouts et solutions innovantes

Dans ce point, nous mettrons en lumière les atouts de l'institution tels que mentionnés par les participants prouvant la conscience des points positifs de leur environnement de travail également. Ensuite nous parlerons des solutions novatrices que proposent les participants ; nous avons pu voir qu'ils nous les proposaient tout naturellement tellement ils sont habitués dans leur quotidien professionnel à être résilients. Ces actions et solutions proposées sortent du « déjà-vu-vu-jadé » et pourraient conduire à un changement face au constat de départ : le quotidien en difficulté des infirmiers aux urgences décrit dans la contextualisation. Nous parlerons ensuite des perspectives que nous proposons.

1. Atouts de l'organisation

Nous souhaitons insister ici sur les atouts et avantages dont dispose déjà l'organisation et que les participants ont relevé dans les questions comme éléments positifs sur lesquels l'organisation peut s'appuyer alors que les soins de santé sont en crise (voir contexte) ce qui retentit lourdement sur le quotidien de travail dans les hôpitaux et particulièrement dans le service des urgences. Par exemple, la cellule ensemble qui dynamise l'hôpital par la mise en place d'activités concrètes pour le personnel (food-truck, marché bio, glaces l'été, concours, etc.). Nous en épingleons un en particulier car il concerne le thème de notre recherche : l'outil patient partenaire. Nous vous amènerons ensuite vers les solutions plus novatrices proposées par les participants qui ont une expérience pratique de leur terrain, des difficultés qu'ils rencontrent chaque jour, chaque heure, chaque minute pour soigner les personnes dans des situations d'urgence, frôlant la mort pour certains, y succombant pour d'autres. Enfin, nous esquisserons quelques propositions qui nous semblent opportunes à l'issue de cette recherche et que nous avons essayé de mettre en mots en tant que pistes futures possibles.

Le projet patients partenaires a vu le jour le 25 novembre 2021 car les Cliniques universitaires Saint-Luc considèrent leurs nombreux patients comme une source précieuse de données, de connaissances et de nouvelles idées. Ils pensent que l'engagement des patients doit être une priorité, l'objectif étant, grâce à l'outil patients partenaires, de leur donner une voix concrète dans les projets institutionnels. Pour ce faire, ils ont imaginé des groupes de travail incluant des « patients partenaires » abordant des thématiques différentes telles que l'identito-vigilance, les enquêtes de satisfaction, l'organisation de la semaine de qualité et bien d'autres projets. Ces groupes se réunissent approximativement six fois par an afin de discuter des sujets pertinents. Des réunions supplémentaires sont possibles. La participation à ces groupes est ouverte aux patients ou parents de patients ayant un parcours de soins significatif à Saint-Luc au cours des deux dernières années. Les missions des patients partenaires incluent de donner leur avis sur des projets institutionnels, de proposer des actions afin de maintenir et/ou améliorer la qualité des soins ainsi que le suivi des patients, de sensibiliser les professionnels de santé aux attentes

et besoins des patients et de faciliter les échanges entre les patients et les professionnels de santé mais aussi entre patients (Cliniques universitaires Saint-Luc, s.d.)¹⁷.

2. Les solutions innovantes proposées par les participants

Les participants nous ont tout naturellement parlé lors des entretiens de toutes les solutions qu'ils mettaient eux-mêmes en place dans leur quotidien professionnel. Mais ils nous ont aussi parlé de solutions qui selon eux, devraient être mises en place par leur hiérarchie, par le gouvernement, pour les aider dans leurs conditions de travail problématiques. Les solutions qui peuvent paraître évidentes ont bien sûr été évoquées telles que : d'avantage de personnel, plus de financement, une meilleure reconnaissance. Mais les participants nous ont aussi proposés des idées innovantes et parmi celles-ci nous avons relevé :

- Afficher les temps d'attente des urgences en temps réel, en ligne : un site internet accessible par tous les citoyens sur lequel seraient affichés les différents temps d'attente, en temps réel, dans les différents services d'urgences. Ce processus pourrait contribuer à désengorger les urgences surchargées en redirigeant les personnes vers des services d'urgence avec des temps d'attente plus courts. Cela permettrait de réduire les temps d'attente pour les patients non prioritaires en termes d'urgence, évitant ainsi qu'ils ne patientent trop longtemps dans des urgences déjà saturées. Pour les patients qui n'ont pas la possibilité de se rendre vers d'autres hôpitaux, connaître un temps d'attente permet de s'y préparer mentalement et de moins paniquer ou redemander sans cesse si c'est bientôt son tour. Cela contribuera à diminuer la charge de travail des soignants, à diminuer et/ou réguler le flux et à améliorer leurs conditions de travail.
- Afficher les temps d'attente des urgences en temps réel à l'entrée de chaque urgence : en complément de l'idée ci-dessus, il s'agirait d'afficher le temps d'attente estimé dans tous les services d'urgence dès l'entrée dans ceux-ci afin que tous les patients en aient connaissance. Cela pourrait avoir un impact sur tous les cas non urgents, comme ceux qui viennent aux urgences faute de rendez-vous rapide avec leur médecin traitant et qui ne veulent pas attendre pour être pris en charge. Dès leur admission, ils seraient informés de l'attente et auraient la liberté de rester et attendre ou d'aller ailleurs. Cela permettrait aussi de réguler le flux très instable et souvent constant des urgences.
- Donner la parole des soignants au niveau institutionnel et la considérer : une fois par mois, une réunion rassemblerait les infirmiers des urgences pour qu'ils puissent proposer des idées visant à améliorer leur quotidien professionnel et leurs conditions de travail. Une idée serait tirée au sort et, dans la mesure du possible, mise en place par l'institution. L'auteur de cette proposition a précisé que les idées ne nécessiteraient pas forcément un investissement financier important.
- Une équipe de renfort, formée spécifiquement aux réalités du service d'urgence à l'avance, disponible pour les urgences (interne et/ou externe) : en cas de manque de personnel, les

¹⁷ Récupéré sur <https://saintluc.be/fr/patients-partenaires> consulté le 23 juillet 2024.

infirmiers des urgences pourraient solliciter cette équipe, composée d'infirmiers et d'aides-soignants, sans avoir à les former sur place. Ce personnel serait directement opérationnel aux urgences, ce qui éviterait de perdre du temps précieux alors que les infirmiers sont déjà submergés de travail.

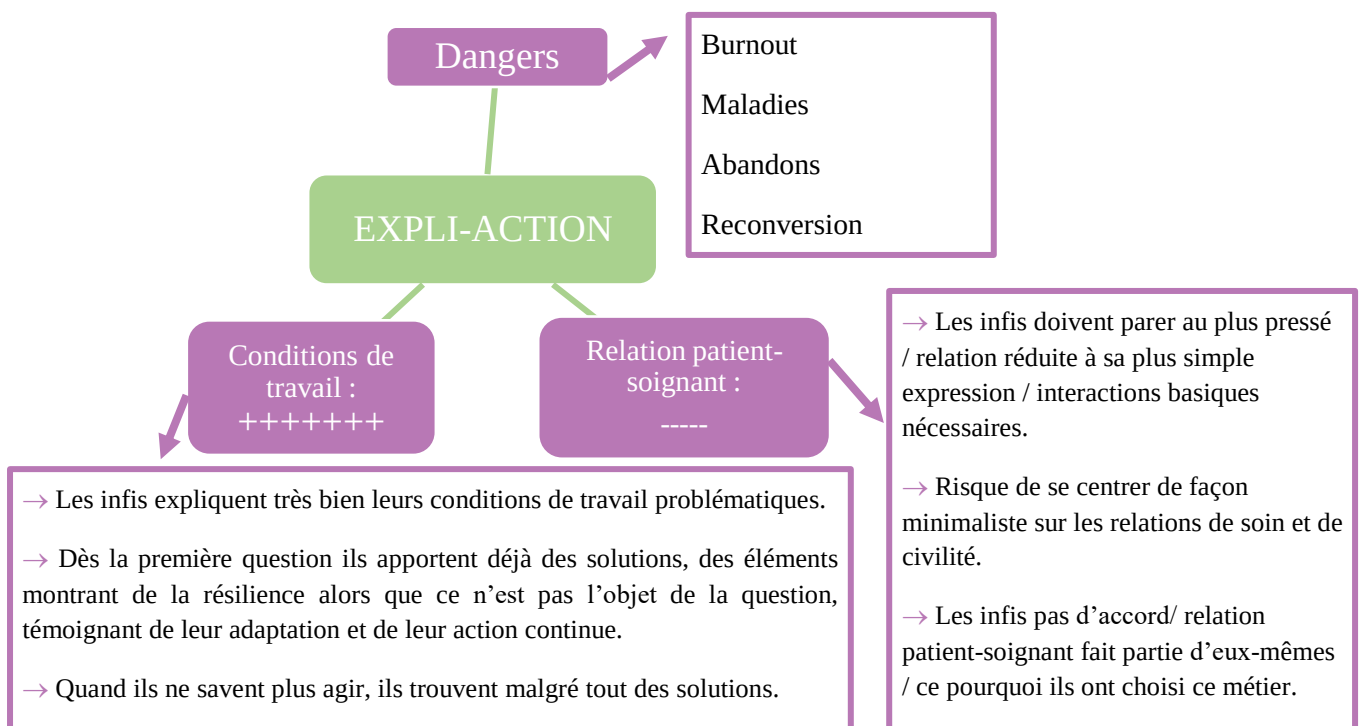
- Proposition de campagne de prévention des urgences : proposer une campagne de prévention (radio, télévision, QR Code, flyers, autres) pour expliquer ce qu'est un service d'urgences et comment il fonctionne, afin de sensibiliser les citoyens à un domaine qu'ils ne connaissent pas toujours bien. Cette initiative faciliterait le travail des soignants car des patients mieux informés comprendraient en grande partie le processus de leur prise en charge et rendrait celle-ci plus efficace. La campagne proposerait aussi des liens vers des services plus appropriés si la personne n'était pas considérée comme nécessitant d'être accueillie aux urgences (lien internet vers les services compétents pour les aider soit de médecine générale, soit services externes pour les examens médicaux, urgences psychiatriques, numéro d'écoute, etc.).
- Augmenter le nombre d'aides-soignants dans le personnel des urgences : de nombreux participants nous ont fait part du manque cruel d'aides-soignants dans leur équipe. Ceux-ci pourraient grandement aider en facilitant le transfert des patients entre les urgences et les étages, en effectuant les soins d'hygiène, en supervisant les repas des patients, par exemple. Ces tâches, normalement attribuées aux aides-soignants, doivent actuellement être prises en charge par les infirmiers, car l'équipe manque de personnel.
- Ne pas subir d'imposition fiscale sur les heures de travail de l'infirmier alors qu'il revient en plus de son horaire de travail pour aider ses collègues : cela stimulerait plus de personnes à revenir et aiderait ainsi à combler les manques de personnel, à diminuer la charge de travail, à augmenter la qualité des soins.
- Plus de réunions en plus petites équipes tout en conservant des temps particuliers pour se réunir en équipe élargie (parole plus libre).
- Check-listes effectuées par tous : la check liste pour un service d'urgence consiste à relever le matériel ainsi que son bon fonctionnement, les médicaments disponibles et manquants de sorte à pouvoir pratiquer n'importe quel soin dans l'urgence. En général et à Saint-Luc, les infirmiers la complètent le matin voire la nuit sauf pour les remplaçants, les infirmiers « volants » (n'étant pas assignés à un service particulier), les intérimaires. Que tous réalisent cette tâche sans exception diminuerait la charge de travail de tous.
- Rendre systématique pour le personnel la formation interne « vis ma vie » qui consiste à se mettre à la place d'un patient lors des soins (âgé ou pas) et comprendre mieux ce qu'ils ressentent.
- Améliorer les espaces de travail dont l'austérité des urgences (plus de couleurs sur les murs, moins de blanc, plus lumineux, par exemple).

Conclusion

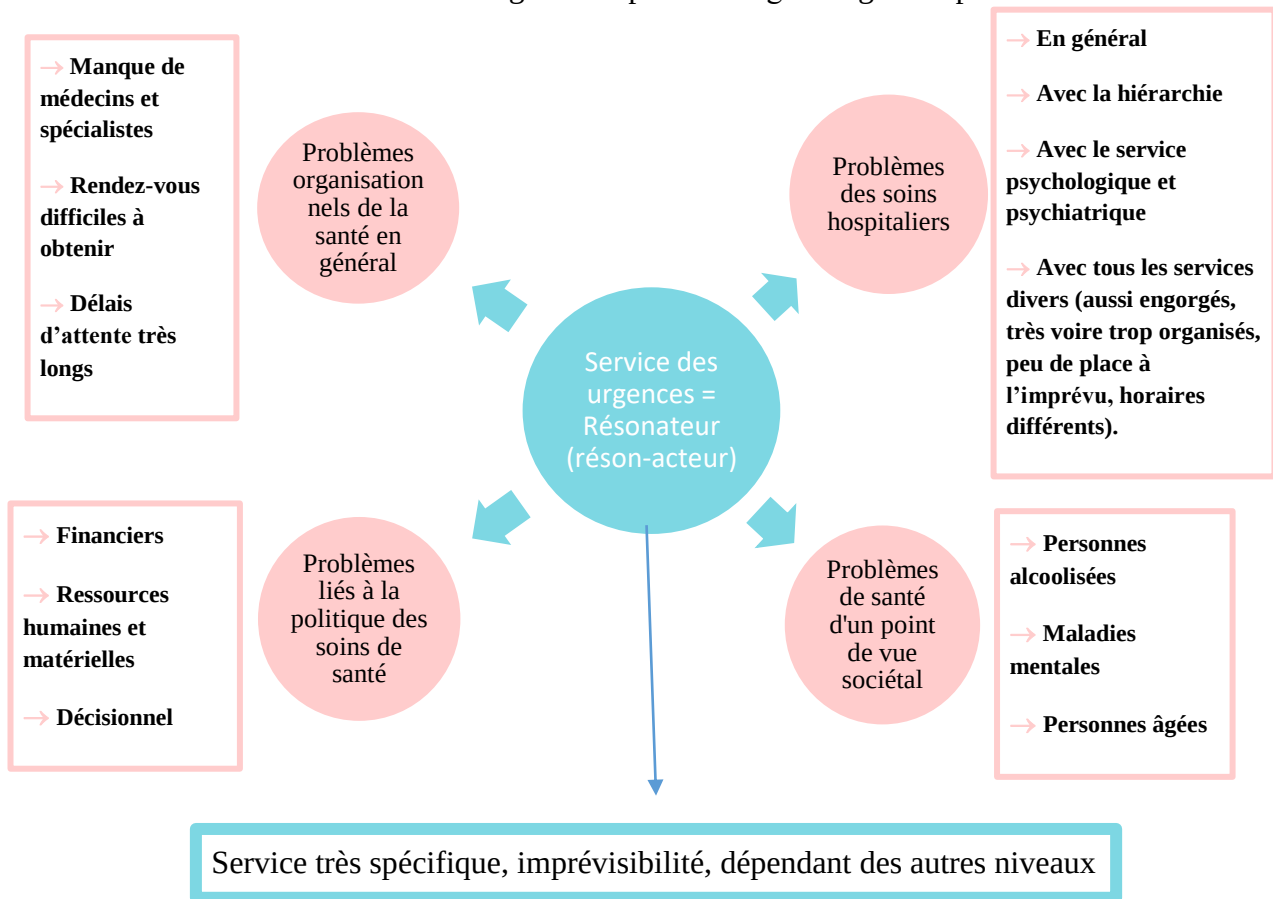
Pour conclure, un défi de taille nous attendait au tournant : celui de ne pas redire ou expliquer ce que tout un chacun connaît déjà de la situation catastrophique que subissent les soins de santé en milieu hospitalier et particulièrement dans les services d'urgences. Notre humble expérience de terrain et la description étayée du contexte actuel aurait pu rapidement nous piéger concernant le manque cruel de personnel, le recrutement compliqué, la diminution de l'accessibilité et de la qualité des soins, le peu d'amélioration significative des budgets, la difficulté d'entamer des discussions concrètes avec le politique et les belles promesses de celui-ci émanant des programmes électoraux des partis francophones siégeant à la chambre, montrant peu de place à une réelle politique des soins de santé au regard des revendications des infirmiers ainsi que des syndicats. Tout porte à conclure qu'aucune solution ne semble possible.

L'analyse des entretiens avec 11 infirmiers urgentistes des Cliniques Universitaires Saint Luc nous permet pourtant de répondre à notre question de recherche qui consistait à voir comment les conditions de travail impactent leurs quotidiens professionnels ainsi que la relation patient-soignant. En effet, les participants décrivent non seulement avec clarté et à profusion l'impact négatif des conditions de travail problématiques pour leur métier aux urgences mais ils mettent également en évidence les retentissements déplorables qu'elles exercent sur la relation avec les patients tout en nous expliquant comment celles-ci les atteignent en provoquant des ressentis tels que la frustration, la colère, l'impuissance. Notre recherche a pu mettre en évidence que ces conditions de travail affectent différemment les infirmiers selon leurs années d'expérience de terrain.

Nous vous proposons un schéma qui nous semble particulièrement révélateur et a été construit autour d'un concept que nous avons imaginé selon les réalités quotidiennes vécues et exprimées par les infirmiers urgentistes. Nous l'avons nommé le concept d'« EXPLI-ACTION ».



Voici un autre schéma qui nous permet de mettre en évidence le service des urgences qui nous est apparu au fil de informations et constats apportés par les 11 participants comme résonateur des différents problèmes de santé tant au niveau micro (soins aux urgences) que macro (politique de la santé d'un point de vue sociétal), ce qui a donné naissance à un deuxième concept que nous avons également imaginé et appelé concept « Reson-acteur », en effet, la résilience très forte des infirmiers urgentistes permet d'agir malgré ces problèmes.



Notre mémoire, qui a également utilisé la théorie du sensemaking de Karl Weick nous a permis de démontrer objectivement à quel point les infirmiers urgentistes sont résilients, trouvent des solutions qu'ils appliquent directement malgré des conditions de travail extrêmement difficiles. Quand cela n'est plus possible et que la perte de sens est trop invalidante, ils agissent avec d'autres collègues. En bref, cette théorie nous a permis d'expliquer comment les infirmiers reconstruisent continuellement du sens dans un environnement chaotique et l'analyse organisationnelle révèle aussi leur capacité à improviser, mobiliser d'autres ressources, et se remettre en question, évitant ainsi l'effondrement du système, mais au prix d'un épuisement croissant.

Enfin, notre recherche a pu dépasser les éléments de la question que nous nous étions posée notamment par les atouts et outils que les infirmiers urgentistes ont mis en évidence comme leviers favorables sur lesquels les Cliniques universitaires Saint-Luc peuvent s'appuyer directement pour certains et moyennant adaptations aux réalités des services des urgences pour d'autres. D'autres parts, les suggestions et actions ont montré que les infirmiers continuent

d'améliorer la situation avec les moyens disponibles et nous avons relevé les éléments plus novateurs qu'ils ont proposés comme pistes pour renforcer cette résilience et améliorer les conditions de travail, tout en soutenant la qualité des soins.

En guise de perspectives possibles, voici notre contribution de chercheur autour de quelques pistes qui se sont basées sur des manques relevés par les participants, comme premièrement, un **nouveau secteur des urgences comprenant des médecins traitants** : création d'un nouveau secteur au sein même du service des urgences qui pourrait se nommer « médecine générale urgente ». Ce secteur disposerait de médecins généralistes et d'infirmiers (pour réaliser les gestes techniques comme le placement de cathéters, effectuer les prises de sang, les examens complémentaires, la prise de paramètres, la préparation et injection des médicaments par exemple). Ces patients qui arrivent aux urgences seraient orientés premièrement par les infirmiers du triage vers ce secteur de médecine générale urgente car leur situation ne nécessite à priori pas de prise en charge de type urgente. Afin de diminuer le coût de la création d'un tel secteur on pourrait peut-être imaginer que les médecins généralistes ne seraient pas engagés directement par l'hôpital mais y travailleraient en tant qu'indépendants et pourraient ainsi directement faire une attestation de soins permettant le remboursement de mutuelle aux patients.

Deuxièmement, **la création de moments d'échanges cadres/terrain** : 1 x par mois les cadres pourraient se rendre sur le terrain pour vivre la réalité des soignants ; ½ journée avec les chefs et ½ journée avec les équipes en variant les jours et les horaires. Ce temps comprendrait un moment de discussion avec les équipes. Cette démarche ne serait pas une inspection ou de la supervision par le cadre mais aurait pour seul objectif de prendre conscience de ce que vivent les équipes sur le terrain au quotidien afin de mieux faire la jonction entre les décisions financières, les réalités de soins et humaines. Cela permettrait de faire un lien entre le terrain et les chiffres observés par les cadres (nombre d'entrées journalières, composition réelle du personnel dans le staff).

Troisièmement, **l'amélioration de la communication concernant les outils** : il existe un grand nombre d'outils aux Cliniques universitaires Saint-Luc pour améliorer le quotidien des soignants. Ils gagneraient à être plus connus et adaptables aux urgences. C'est ce que nous avons pu remarquer dans les réponses des participants et notamment concernant l'outil patient-partenaire. Il en va de même pour les activités organisées à des horaires de pause alors que les soignants aux urgences n'ont pas d'horaire de pause programmé. En effet, ils s'adaptent constamment au flux. Une meilleure communication à propos de ceux-ci ainsi qu'une possibilité de les adapter pour que chaque service y ait accès et particulièrement les urgences serait profitable (commandes pour les urgences pour qu'on leur apporte la nourriture des food-truck, réitérer les charriots de glace en période estivale.). Plus encore pour les juniors qui ne connaissent pas l'outil patient partenaire, par exemple.

Quatrièmement, **investir dans des moyens auprès des juniors et futurs infirmiers potentiels** : car actuellement, ils s'inscrivent moins dans ces filières de formation et les juniors de notre enquête savent qu'ils ne continueront pas à exercer ce métier aux urgences à long terme. Par exemple : après 4 ans pour être infirmier + 1 an de SIAMU pour travailler aux

urgences, les infirmiers pourraient être reconnus au niveau master. Pour tous les infirmiers dont les juniors, des avantages extra-légaux pourraient être proposés. Penser à un financement pour les formations nécessaires en tant qu'infirmier et plus encore pour les urgentistes. Des formations par les pairs qui seraient moins coûteuses que celles dispensées par des organismes externes mais qui seraient plus valorisantes et plus parlantes pourraient être suggérées en échange d'avantages financiers ou en bons cadeaux ou encore en heures à récupérer. Ces formations pourraient se dispenser quelle que soit l'ancienneté. Par exemple, un junior qui a travaillé 2 ans dans un autre pays pourrait faire part d'une autre technique utilisée aux urgences dans ce pays. Un aîné qui utilise une méthode particulière pourrait également la communiquer.

Et enfin, des éventuels thèmes de **mémoire et/ou thèse futurs possibles** : le sujet de la fiabilité organisationnelle selon la théorie de Weick mériterait d'être exploré pour notre sujet d'étude afin d'analyser les blocages qui empêchent la mise en place de certaines solutions par les infirmiers et qui provoquent dans certains cas l'effondrement de sens sans résilience possible. En effet, les infirmiers n'ont pas le pouvoir décisionnel ni l'accès aux budgets relatifs à la politique de la santé. Les obstacles au niveau macrosocial (de tout le réseau des Cliniques Saint-Luc) pourraient ainsi être étudiés.

Nous vous remercions pour l'attention que vous avez portée à notre recherche.

Bibliographie

Abord de Chatillon, E., Bachelard, O. & Moscarola, J. (2006). Conditions de travail et nouvelles pathologies : des contingences sectorielles et personnelles. *Management & Avenir*, 10, 101-114. <https://doi.org/10.3917/mav.010.0101>

Arrêté royal portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou un dentiste] à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions 83 de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. (1990, juin 18). https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&c%20n=1990061837

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. & Vas, A. (2018). Chapitre 10. Karl E. Weick. Dans : D. Autissier, I. Vandangeon-Derumez & A. Vas (Dir), *Conduite du changement : concepts clés: 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (pp. 95-103). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0095>

Beaud, M., Gravier, M., & De Tolédo, A. (2006). *L'art de la thèse : comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*. Paris, Editions La Découverte.

Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023 : Chiffres 2022 et premières estimations 2023. Récupéré sur https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/maha_2023_fr_.pdf

Benallah, S. & Domin, J. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital: Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ?. *Travail et emploi*, 152, 5-31. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.7755>

Blog SIEP. (2016, novembre). Devenir infirmier/ère : quelle formation choisir ? Récupéré sur <https://blog.siep.be/2016/11/devenir-infirmiere-quelle-formation-choisir/#:~:text=%C3%A8re%20hospitalier%C2%B7%C3%A8re-,Le%20bachelier%20d'infirmier%20%C2%B7%C3%A8re%20responsable%20en%20soins%20g%C3%A9n%C3%A9raux,enseignement%20sup%C3%A9rieur%20de%20promotion%20sociale>

Brient, P. (2007). Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, vol. n° 28, no. 1, 2007, pp. 61-68. <https://doi.org/10.3917/cpc.028.0061>

BX1. (2014, 15 janvier). Nouveau service des urgences aux Cliniques universitaires Saint-Luc [Vidéo]. YouTube. Récupéré sur <https://youtu.be/ZAAr5jeX5xc?si=5-bjHYlP8cZ1mkYu>

Cardon, D. (1996). L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Réseaux*, 14(79), 177-179. https://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1996_num_14_79_3789

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (s. d.). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Récupéré sur <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>

Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Connaitre Saint-Luc : Accréditation Platine pour les Cliniques universitaires Saint-Luc. Récupéré sur <https://www.saintluc.be/fr/accr%C3%A9ditation-platine>

Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Connaitre Saint-Luc : En quelques mots, découvrez Saint-Luc. Récupéré sur <https://saintluc.be/index.php/fr/connaitre-saint-luc>

Cliniques universitaires Saint-Luc (s.d.). Rapport d'activité 2022 : chiffres-clés. Récupéré sur <https://saintluc.be/fr/node/68943>

Cliniques universitaires Saint-Luc. (2019, 21 mai). Accréditation platine : trois exemples concrets en compagnie de Renaud Mazy, CEO de Saint-Luc [Vidéo]. YouTube. Récupéré sur <https://youtu.be/9HumV3708ok?si=099Nvka-5ilFHBt6>

Cliniques universitaires Saint-Luc. (s.d.). *Les patients partenaires aux Cliniques universitaires Saint-Luc*. <https://saintluc.be/fr/patients-partenaires>

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Traditions*. SAGE Publications, Incorporated.

CSC. (2019, 19 novembre). Commission Mixte 67. Récupéré sur https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/6000-centrales/6550-cne/6570-actualites/6580-nouvelles-et-communiques-de-presse/commission-mixte-67-m.pdf?sfvrsn=fad68627_0

Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales. (hal-01648424).

DéFI. (2024). *Le programme de DéFI vers 2024*. Récupéré sur <http://www.defi.be/nos-publications/>

Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale : De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Éditions Bayard. p 263

Directive 2013/55/UE du Parlement Européen et du Conseil modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. (2013, novembre 20). <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055#d1e487-132-1>

Donnay, J., Charlier, E., & Dejean, K. (2002). Quelques spécificités d'une recherche au service des pratiques éducatives. *Revue française de pédagogie*, 138, 95-102. <https://doi.org/10.3406/rfp.2002.2867>

- Durant, G. (2022). *Le financement de l'activité hospitalière en Belgique*. Louvain Médical. Retrieved from <https://www.louvainmedical.be/fr/article/le-financement-de-lactivite-hospitaliere-en-belgique>
- Ecolo. (2024). *Programme consolidé 2024* [PDF]. Consulté le 06 juin 2024, à <https://ecolo.be/wp-content/uploads/2024/03/2024-Programme-consolide-final.pdf>
- E-Justice. (s.d.). Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Récupéré sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi
- Erbès-Seguin, S. (2009). *La sociologie du travail*. Paris, Editions La Découverte.
- Estagnasié, C., Vásquez, C., & Bonneau, C. (2022). Créer du sens à distance : une lecture weickienne des pratiques de travail de résilience en période pandémique. *Ad Machina*, 5, 107128. <https://doi.org/10.1522/radm.no5.1411>
- Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0029>
- Exiga, A., Piotet, F., & Sainsaulieu, R. (1981). *L'analyse sociologique des conditions de travail*. Paris, Édition Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- Favetta, V. & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>
- Filière paramédicale en soins intensifs et aide médicale urgente - Référentiel de compétences professionnelles. (2018). Récupéré sur https://mesetudes.be/fileadmin/sites/hops/plugins/fwbhops/import/fichiers/RC271_BA-SP_Soins-intensifs-et-aide-med-urgente.pdf
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Foucart, J. (2015). La souffrance au travail: Une problématisation sociologique. *Pensée plurielle*, 38, 35-44. <https://doi.org/10.3917/pp.038.0035>
- Frimousse, S. & Peretti, J. (2021). Comment renforcer durablement la résilience organisationnelle ?. *Question(s) de management*, 35, 127-174. <https://doi.org/10.3917/qdm.215.0127>
- Ghran, R. (2019). Conditions de travail. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (pp. 124-127). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0124>
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2008). Les conditions de travail aujourd'hui: Entretien. *Savoir/Agir*, 3, 43-57. <https://doi.org/10.3917/sava.003.0043>

Gollac, M., & Volkoff, S. (2007). *Les Conditions de travail*. Paris: La Découverte.

Herpinck, P., Laloux, M., & Lecocq, D. (2016). Les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence en Belgique. *Médecine Intensive Réanimation*, 25, 642648. <https://doi.org/10.1007/s13546-016-1227-y>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2024). Proposition de budget pour l'année 2024: Document présenté au Comité d'assurance de l'Inami. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/proposition_budget_2024_comite_assurance.pdf

Institut national d'assurance maladie-invalidité. Fonds Blouses Blanches. Récupéré sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/fonds-blouses-blanches>

KCE. (2021). Rapport sur la Performance des Services de Soins Hospitaliers en Belgique (2019). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf

Koenig, G. (2017). XXXIII. Karl E. Weick – Une entreprise de subversion, évolutionnaire et interactionniste. Dans : Sandra Charreire Petit éd., *Les Grands Auteurs en Management* (pp. 531-548). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0531>

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Laroche, H. (1996). Karl E. Weick (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage, Thousand Oaks, Californie. *Sociologie du travail*, 38(2), 225-232. <https://doi.org/10.3406/sotra.1996.2274>

Laroche, H., & Vidaillet, B. (2013). *Le Sens de l'action: Karl E. Weick : Sociopsychologie de l'organisation*. Presse Universitaires de France.

Le Soir. (2021, 29 août). Coronavirus: le Fonds Blouses Blanches dope les forces dans les hôpitaux. Le Soir. <https://www.lesoir.be/391896/article/2021-08-29/coronavirus-le-fonds-blouses-blanches-dope-les-forces-dans-les-hopitaux>

Le Spécialiste. (2023, 03 octobre). Le secteur des soins de santé dépose une "to-do list" au cabinet de Frank Vandenbroucke. Récupéré sur <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/le-secteur-des-soins-de-sante-depose-une-to-do-list-au-cabinet-de-frank-vandenbroucke.html>

L'Echo. (2021, 29 janvier). Les cinq raisons de la colère des infirmiers. Consulté le 10 avril 2024, sur <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/general/les-cinq-raisons-de-la-colere-des-infirmiers/10474160.html>

Les Engagés. (2024). *Programme complet 2024* [PDF]. Consulté le 01 juin 2024, à https://www.lesengages.be/wp-content/uploads/2024/02/lesengages_programme2024_complet_2_v2.pdf

Lomellini, G. (2023). Christophe Dejours. *Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie*. Paris, Payot, 2021. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 35, 225-230. <https://doi.org/10.3917/nrp.035.0225>

Mackintosh, C. (1997). A Historical Study of Men in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, p. 232-236.

Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Armand Colin.

Méd. Intensive Réa. (2016). Développement de l'expertise des bacheliers en soins infirmiers pour les patients et leur famille en situation aiguë et/ou critique. *Médecine Intensive Réanimation*, 25, 642-648. DOI : 10.1007/s13546-016-1227-y.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2007). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. (2017). Manuel RIM : Recueil d'informations médicales. Belgique : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Récupéré sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manual_rim_1342390_fr.pdf

Moriceau, J., Letiche, H. K., & Theule, M. L. (2019). *L'art du sens dans les organisations*. Chapitre 5 : le sens au bord du chaos. Québec, Presses de l'Université Laval.

Mouhli, K. & Paturel, R. (2019). Les mécanismes cognitifs à l'origine de la décision de reprendre du repreneur externe : une approche par le sensemaking. *Revue de l'Entrepreneuriat / Review of Entrepreneurship*, 18, 171-201. <https://doi.org/10.3917/entre.181.0171>

MR. (2024). *Programme général 2024*. Consulté le 26 mai 2024, à <https://www.mr.be/wp-content/uploads/2024/02/PROGRAMME-GEN-2024-1.pdf>

National Research Council (US) Committee on the Safety of Silicone Breast Implants; Bondurant S, Ernster V, Herdman R, editors. *Safety of Silicone Breast Implants*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235460/>

Newsweek. (2023). *World's Best Hospitals 2023*. Récupéré sur <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023>

Ogien, R. (2017, février 10). Ruwen Ogien : « La maladie est une bouffonnerie sociale où soignants et patients jouent un rôle ». *Libération*. https://www.liberation.fr/debats/2017/02/10/ruwen-ogien-la-maladie-est-une-bouffonnerie-sociale-ou-soignants-et-patients-jouent-un-role_1547717/

Organes de Concertation. (2022). Statistiques annuelles 2022. Santé Belgique. Repéré à https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2022_fr.pdf

Parti Socialiste. (2024). *Programme PS 2024* [PDF]. Consulté le 01 juin 2024, à https://assets.nationbuilder.com/psbe/pages/2953/attachments/original/1709026101/Programme_PS_2024.pdf?1709026101

Philosophie Magazine. (2017, 10 février). Interview Ruwen Ogien : « La maladie est une bouffonnerie sociale où soignants et patients jouent un rôle ». *Philosophie Magazine*. <https://www.philomag.com/philosophes/ruwen-ogien>

Robert, A. & Bouillaguet, A. (2007). Chapitre II. Méthodologie générale de l'analyse de contenu et application à un exemple. Dans : André Désiré Robert éd., *L'analyse de contenu* (pp. 24-46). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Roux-Dufort, C. (2017). *Karl Weick: La construction du sens*. Récupéré de <http://www.imef.be/wp-content/uploads/2017/08/ROUX-DUFORT-C.-Karl-WEICK-La-construction-du-sens.pdf>

Roy, B. & Chouinard, V. (2013). 2.8. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe des soins... et que vous n'avez jamais osé demander !. Dans : Véronique Chagnon éd., *Prendre soin: Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (pp. 149-163). Paris: Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.chagn.2013.01.0149>

RTBF. (2023, 03 octobre). Près de 2500 lits d'hôpital encore fermés en Belgique par manque de personnel. Récupéré sur <https://www.rtbf.be/article/pres-de-2500-lits-d-hopital-encore-fermes-en-belgique-par-manque-de-personnel-11265574>

RTBF. (2024, 25 mars). Fonds Blouses Blanches: Quatre ans après, les infirmiers sont-ils plus nombreux et mieux considérés? Récupéré sur <https://www.rtbf.be/article/fonds-blouses-blanches-quatre-ans-apres-les-infirmiers-sont-ils-plus-nombreux-et-mieux-consideres-11344553>

Saint-Luc. (2020). Tout savoir sur la prise en charge aux urgences [Brochure]. Récupéré sur <https://www.saintluc.be/sites/default/files/2020-09/commu-dsq-218-tout-savoir-prise-en-charge-urgences.pdf>

Saussois, J. (2016). *Les Organisations: État des savoirs*. Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.sauss.2016.01>

Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2021). Fonds Blouses Blanches. Récupéré sur

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fonds_b louses blanches 2021.pdf

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2023). Blikvanger 01 - Hôpitaux généraux. Récupéré sur https://www.gezondbelgie.be/images/HEALTH/Algemene%20ziekenhuizen_2023/FOD%20 Volksgezondheid%20-%20Blikvanger%2001%20-%20FR%20-%20Interactive%202.pdf

SIEP. (2016). Entretien sur les métiers du secteur paramédical. Récupéré sur <https://metiers.siep.be/interviews/caroline/>

SPF Santé publique. (2024). *Vers une Belgique en bonne santé*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit>

Statbel. (2020, 23 juillet). Caractéristiques des professionnels des soins de santé. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante#:~:text=Caract%C3%A9ristiques%20des%20professionnels%20des%20soins%20de%20sant%C3%A9&text=En%202020%2C%20il%20y%20a,prester%20sur%20le%20territoire%20belge>

Steyer, V. & Laroche, H. (2012). Le virus du doute: Décision et sensemaking dans une cellule de crise. *Revue française de gestion*, 225, 167-186. <https://www.cairn.info/revue--2012-6-page-167.htm>.

Tahri, W. & Elkadiri, I. (2016). Sensemaking et bien-être dans le contexte de changement organisationnel. *Question(s) de management*, 13, 73-85. <https://doi.org/10.3917/qdm.162.0073>

Université Saint-Luc. (2018). *Rapport d'activités 2018*. Récupéré de <https://www.saintluc.be/sites/default/files/2021-04/rapport-acitvites-2018.pdf>

Universités, O. M. P. D. (2021). *Karl E. Weick et la résilience organisationnelle*. RSE Magazine. https://www.rse-magazine.com/Karl-E-Weick-et-la-resilience-organisationnelle_a4151.html

Vallejo, M. (2014). 3. Phénoménologie de la relation de soin. Dans : M. Vallejo, *Une approche philosophique du soin: L'éthique au coeur des petites choses* (pp. 43-73). Toulouse: Érès.

Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., & Sermeus, W. (2019). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 325Bs. [DOI: 10.57598/R325BS](https://doi.org/10.57598/R325BS).

Vassy, C. (2004). L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*, 32, 67-74. <https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>

Vigil-Ripoche, M. (2011). Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 6-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0006>

Vivalia. (s.d.). À propos de Vivalia. Récupéré sur <https://www.vivalia.be/index.php/propos-de-vivalia>

Vivalia. (s.d.). Urgences Marche. Récupéré sur <https://www.vivalia.be/urgences-marche>

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : analyse de la politique de la santé selon l'angle particulièrement actualisé par les élections récentes (09 juin 2024) des différents partis démocratiques qui disposent d'une représentation à la chambre.....	2
Annexe 2 : Mail envoyé pour les demandes d'entretiens aux infirmiers urgentistes des Cliniques Universitaires Saint-Luc.....	4
Annexe 3 : le guide d'entretien comprenant les questions que nous avons élaborées pour les entretiens semi-directifs	5
Annexe 4 : Tableau utilisé pour la question 5 du questionnaire effectué grâce à l'étude de Estryn-Béhar, Van Der Heijden, Fry & Hasselhorn (2010).....	7
Annexe 5 : Tableau utilisé pour la question 7 du questionnaire effectué grâce à la théorie proposée par Formarier (2007).....	9
Annexe 6 : synthèse de l'analyse de contenu	11
Annexe 7 : complément au texte de la présentation et analyse des données récoltées (point D)	34
7.1 Complément au point 3 : pallier ou non aux conditions de travail problématiques pour l'infirmier urgentiste (question 2), les solutions déjà mises en place à Saint-Luc par la hiérarchie, par les référents, par les chefs adjoints ainsi que les solutions difficiles à mettre en place.	34
7.2 Complément au point 4 : expériences vécues aux urgences compliquées par une ou des conditions de travail (question 3) :	35
7.3 Complément au point 5 : ce que les infirmiers mettent en place afin de gérer la situation (question 4).....	36
7.4 Complément au point 6 : classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5), observations de terrain :.....	38
7.5 Complément au point 6 : classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5) :	39
7.6 Complément au point 8 ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7), observations de terrain	40
7.7 Complément au point 8 : ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7) :	42
7.8 Complément au point 11 : moyens développés par l'institution (question 10) dont l'outil « patient-partenaire » (question 11) :	43

Annexe 1 : analyse de la politique de la santé selon l'angle particulièrement actualisé par les élections récentes (09 juin 2024) des différents partis démocratiques qui disposent d'une représentation à la chambre

En résumé :

➤ **« L'avenir s'éclaire » - M.R. (Mouvement Réformateur)** ¹⁸

Le document de 311 pages, structuré en six axes politiques, aborde la question des soins de santé uniquement dans la section 3.2, qui propose des mesures pour améliorer l'attractivité des professions de soins et optimiser l'organisation du secteur. Les problèmes liés à la pénibilité des métiers infirmiers et à la gestion hospitalière sont également mentionnés, mais de manière limitée. L'accent du document semble principalement porté sur des aspects tels que le rôle des médecins traitants, l'e-santé, et les processus préventifs, au détriment du vécu des services hospitaliers.

➤ **« Ensemble construisons une société + juste + libre +humaine » - Les Engagés** ¹⁹

Le document de 355 pages propose un changement de paradigme en santé, passant d'une approche centrée sur le patient à une perspective transversale reliant la santé aux ressources et conditions environnementales. La section « Santé et bien-être » aborde la pénurie des soignants, notamment les infirmiers, avec une attention limitée, tout en suggérant des améliorations pour attirer et soutenir les professionnels de santé. Bien que le document traite en détail de la réorganisation et du refinancement des hôpitaux, il se concentre globalement sur les acteurs du secteur sans approfondir le vécu des services hospitaliers.

➤ **« Solide & solidaire » - Parti Socialiste** ²⁰

Le document, composé de 1221 pages et divisé en 42 champs d'application, consacre le chapitre 2 (65 pages, soit 5% du total) à la santé avec 10 propositions principales. Deux séquences se distinguent particulièrement : la séquence 4 (3 pages) sur l'avenir du système hospitalier, abordant sommairement la rationalisation géographique et financière des hôpitaux, et une séquence sur un plan d'attractivité pour les métiers du Care (6 pages), où l'auteur introduit le concept de « Care ». Cette dernière s'appuie sur une étude du « Laboratoire d'Anthropologie prospective (LAAP) » de l'UCLouvain pour analyser les causes de la pénurie de personnel

¹⁸ <https://www.mr.be/wp-content/uploads/2024/02/PROGRAMME-GEN-2024-1.pdf> consulté le 26 mai 2024.

¹⁹ https://www.lesengages.be/wp-content/uploads/2024/02/lesengages_programme2024_complet_2_v2.pdf consulté le 01 juin 2024.

²⁰ https://assets.nationbuilder.com/psbe/pages/2953/attachments/original/1709026101/Programme_PS_2024.pdf?1709026101 consulté le 01 juin 2024.

soignant. Une autre séquence (N°10, 160 lignes) est dédiée à la protection de la santé des travailleurs avec 38 propositions généralistes, sans cibler spécifiquement les infirmiers.

➤ **« Choisir l’avenir plus vert plus juste » - Parti Ecolo** ²¹

Le document de 336 pages est structuré en cinq perspectives globales, sans aborder explicitement la santé ou le secteur hospitalier dans son ensemble. Les sections portant sur la santé, à savoir « Un cadre de vie plus sain pour une santé mieux protégée » et « Mettre en œuvre le droit à la santé », couvrent seulement 18 pages, soit 5% du total, avec un focus principalement sur la lutte contre la pollution et le financement des soins. Bien que le document mentionne la qualité de vie au travail des soignants et propose des améliorations, il ne traite pas spécifiquement des infirmières ou de leur situation particulière.

➤ **Le programme du parti « DéFI »** ²² (**« Démocrate Fédéraliste Indépendant »**)

Ce parti centriste, progressiste et libéral, met en avant une économie de marché, une écologie pragmatique, et une justice sociale à travers trois principes clés. Son programme est divisé en cinq axes, dont aucun n’est exclusivement dédié à la santé, bien que cette thématique soit abordée à plusieurs reprises dans différents livrets, avec un focus spécifique sur la revalorisation du personnel soignant et l’amélioration du système de soins dans le livret sur le contrat social. La santé publique est également mentionnée dans le contexte plus large du bien-être et du développement durable, sans être le sujet central du programme.

²¹ <https://ecolo.be/wp-content/uploads/2024/03/2024-Programme-consolide-final.pdf> consulté le 06 juin 2024.

²² [Notre programme 2024 - DéFI \(https://www.defi.be/nos-publications/\)](https://www.defi.be/nos-publications/) consulté le 16 juillet 2024.

Annexe 2 : Mail envoyé pour les demandes d'entretiens aux infirmiers urgentistes des Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Bonjour à tous,

Je me présente brièvement : je m'appelle Anne-Sophie, j'ai 27 ans. J'ai toujours été passionnée par le domaine des soins ainsi que de la santé, j'y ai moi-même travaillé auparavant.

Dans le cadre de ma dernière année de master en politique économique et sociale, je rédige actuellement mon mémoire. Celui-ci s'oriente vers l'étude des conditions de travail de votre profession au sein d'un service d'urgence.

Pour mieux comprendre le sujet, voici le titre de celui-ci :

" Regard de l'infirmier.ère quant à l'influence des conditions de travail sur la relation entre le personnel soignant (infirmier.ère) et les patients au sein d'un service d'urgence : tensions et solutions."

Afin de réaliser ma recherche, je dois effectuer divers entretiens ; voilà donc la raison pour laquelle je vous contacte. Ceux-ci se réalisent de manière très simple, je vous pose quelques questions sur base d'un questionnaire que j'ai élaboré. Je vous rassure, cela ressemble plus à une discussion qu'un interrogatoire 😊.

Pour l'aspect pratique, je viendrai sur votre lieu de travail pour les exécuter et dans l'idéal, cela se déroulerait majoritairement durant le mois de décembre. C'est donc ici que j'ai besoin de votre participation. Pourriez-vous revenir rapidement vers moi (en répondant à ce mail) si ce projet vous intéresse, si vous êtes d'accord de participer à ces entretiens ou même si vous avez d'autres questions ?

Je travaille sur ce projet en collaboration avec Madame Theyskens Delphine qui fait partie de ma commission mémoire en tant qu'experte de terrain. C'est évidemment avec son accord et grâce à elle que je vous contacte.

D'avance je vous remercie pour votre suivi.

Au grand plaisir de vous rencontrer.

Bien cordialement,

Szekely

Anne-Sophie

Annexe 3 : le guide d'entretien comprenant les questions que nous avons élaborées pour les entretiens semi-directifs

Guide d'entretien.

A. Questions d'enquête:

1. Que pensez-vous des conditions de travail actuelles pour ce métier au sein du service des urgences ?
2. Dans votre quotidien professionnel, devez-vous mettre en place de quoi palier à des conditions de travail problématiques ?
3. Pouvez-vous me relater concrètement une expérience vécue aux urgences lors de laquelle une ou plusieurs conditions de travail vous ont rendu la tâche plus compliquée ?
4. Qu'avez-vous fait/ mis en place pour réussir à gérer la situation malgré tout ?
5. Selon une recherche relatée in Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010)²³, voici les conditions de travail qui poussent le plus les soignants à quitter leur travail prématurément. Pourriez-vous les classer en les numérotant, de celles qui affectent le plus votre à travail (1) à celles qui l'affectent le moins (8) (voir tableau):
 - Avez-vous des commentaires et/ou des remarques à propos de ce classement ?
6. Que pensez-vous de la/des relation.s avec le patient au sein de votre travail ?
7. Selon la théorie²⁴, nous observons différents types de relations de soins. Pouvez-vous me dire, selon vous, celles qui sont les plus présentes au sein de votre travail ? (Classement voire feuille annexe).
8. Pensez-vous que certaines conditions de travail pourraient impacter ces relations, au sein du service des urgences ? Si oui, quelle(s) condition(s) plus précisément ?
 - Quelle(s) condition(s) impacte(nt) alors quel(s) type(s) de relation(s) ?
 - Pourriez-vous me donner un exemple concret que vous avez-vécu au travail ?
9. Selon vous, quelles solutions pourraient améliorer les conditions de travail qui impactent les relations entre l'infirmier.ère et le patient ?
10. Avez-vous connaissance d'outils, de moyens développés par votre institution dans le cadre des conditions de travail et/ou des relations patient, infirmier.ère ?
 - Si oui, lesquels ?
11. Connaissez-vous l'outil « patient-partenaire » créé par votre institution ?

²³ Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0029>

²⁴ Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

- Si oui, est-il appliqué aux urgences ?
- Le pensez-vous utile ?
 - 12. Auriez-vous quelque chose à rajouter en complément de tout ce dont nous avons discuté ?
 - 13. Souhaitez-vous avoir un retour du travail ?

B. Identité:

1. Tranches d'âge (à définir plus précisément mais volonté d'avoir un panel des plus jeunes aux plus âgés).
2. Sexe (hommes/femmes/autres).
3. Etes-vous infirmier bachelier/breveté ?
4. Vos années d'ancienneté en tant qu'infirmier.ère ?
5. Vos années d'ancienneté aux urgences.
6. Qu'est-ce qui vous a conduit à exercer ce métier ?

Annexe 4 : Tableau utilisé pour la question 5 du questionnaire effectué grâce à l'étude de Estryrn-Béhar, Van Der Heijden, Fry & Hasselhorn (2010)

Tableau des conditions de travail (question 5).

<i>Les conditions de travail</i>	<i>Numérotation de 1 (celle qui affecte le plus votre travail) à 8 (celle qui l'affecte le moins).</i>
<i>Les problèmes relationnels</i> (avec l'employeur, le cadre supérieur, les collègues, les médecins, ou les subordonnés ; les problèmes concernant le climat de travail ; les problèmes concernant l'atmosphère générale et les questions de harcèlement).	
<i>Les difficultés émotionnelles</i> (le manque de soutien psychologique et des sollicitations émotionnelles trop importantes).	
<i>La pression temporelle et la qualité des soins</i> (trop de responsabilité, trop à faire, la crainte de commettre des erreurs, le fait d'avoir fait une erreur, le manque de temps auprès des patients, la réduction des moyens pour les soins aux patients, la pression temporelle, la qualité insatisfaisante du travail).	
<i>Le manque d'effectif.</i>	
<i>L'insatisfaction des possibilités d'utiliser sa compétence et d'exercer son autonomie</i> (trop de responsabilité, peu de	

défi et d'enjeu professionnel, trop peu de latitude décisionnelle, travail trop simple, travail trop routinier et tâche non liée à son métier).	
<i>L'insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail.</i>	
<i>Les difficultés d'horaires</i> (horaires insatisfaisants : trop de week-end, trop de travail de nuit, trop d'heures supplémentaires).	
<i>L'insatisfaction du salaire</i> (un salaire trop faible par rapport à vos besoins, au travail effectué, au salaire des infirmiers d'autres institutions, à d'autres professions ayant des niveaux d'études similaires et/ou à de mauvaises perspectives salariales).	

**Annexe 5 : Tableau utilisé pour la question 7 du questionnaire
effectué grâce à la théorie proposée par Formarier (2007)
Les différents types de relation de soins (question 7)**

<i>Type de relation de soin.</i>	<i>Numérotation (de 1 étant le plus impacté par vos conditions de travail au 7 l'étant le moins).</i>
La relation de civilité (comprend des obligations sociales concernant le soignant telles que la courtoisie, la gentillesse, la politesse, les repères identitaires (présentation de l'interlocuteur), etc. C'est une interaction).	
La relation de soins (échanges avec le patient et sa famille mis en place par le soignant pendant les soins. Est centrée sur l'acte présent).	
La relation d'empathie	
La relation d'aide psychologique	
La relation thérapeutique	
La relation éducative	
La relation du soutien social	

Définitions (si nécessaire) :

1. La relation de civilité : code culturel et social ritualisé dans lequel chaque interlocuteur joue un rôle sans en être vraiment conscient. Dans le cadre des soins, elle comprend des obligations sociales concernant le soignant telles que la courtoisie, la gentillesse, la politesse, les repères identitaires (présentation de l'interlocuteur), etc. C'est une interaction.
2. La relation de soins : peut-être une interaction ou une relation. « Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif ».

3. La relation d'empathie : souvent considérée comme étant l'approche la plus adéquat dans la relation soignant-soigné. L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages par deux processus différents, cognitif et comportemental. L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance.
4. La relation d'aide psychologique : une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident, etc. Cette relation d'aide vise également des personnes qui sont confrontées (comme victime ou comme témoin) à des situations de crise violentes par leur intensité et leur survenue inattendue : Violence, viol, crise familiale, harcèlement, accident... Chaque personne, en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique souvent dans un délai court après l'événement. Je ne parle pas ici de la relation d'aide utilisée auprès de patients qui souffrent de pathologies mentales et qui s'exerce dans un contexte différent.
5. La relation thérapeutique : utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale. Les infirmières qui travaillent en secteur psychiatriques peuvent être amenées à pratiquer des entretiens thérapeutiques après avoir reçu une formation adéquate.
6. La relation éducative : lorsqu'il faut former un patient sur des soins qu'il devrait s'auto-prodiguer, sur de nouvelles habitudes de vie qu'il va devoir mettre en place (exemple : régime), sur un sevrage, etc.
7. La relation du soutien social : le soignant peut apporter un soutien direct au patient mais il peut aussi aider la famille épuisée par son activité de soin et de soutien auprès d'une personne atteinte de pathologie aiguë ou chronique, de handicap, de pathologie mentale, de démence sénile, de conduite addictive, des patients en fin de vie...

Annexe 6 : synthèse de l'analyse de contenu

Cette synthèse a été réalisée sur base de la transcription exacte des propos recueillis auprès des participants durant les entretiens.

QUESTION 1 :

❖ TOTAL réponses Q1 : 237

Ressentis négatifs infirmiers :

→ L'argument revient 35 fois au total (9 bleus, 14 rouges et 12 verts).

Les difficultés du métier 6 bleus, 6 oranges et 3 verts

Les conséquences physiques et morales sur l'infirmier 3 bleus, 8 oranges et 9 verts

Ressentis positifs infirmiers :

→ L'argument revient 3 fois au total (2 oranges et 1 vert).

Impacts négatifs sur les conditions de travail aux urgences :

→ L'argument revient 18 fois au total (4 bleus, 8 rouges et 6 verts).

Les personnes mentionnent l'impact pour 18 fois au total dont

Absence de prévisibilité : 3 oranges et 3 verts

Fluctuations dues à des raisons extérieures : 4 bleus, 1 orange et 3 verts

Manque de valorisation du métier : 4 oranges

Flux trop important causes et conséquences :

→ L'argument revient 44 fois au total (11 bleus, 7 rouges et 26 verts).

Manque de Personnel : négatif

→ L'argument revient 35 fois au total (9 bleus, 13 rouges et 13 verts).

Personnel : 4 bleus, 1 orange et 3 verts

Equipes : 2 bleus et 2 oranges

Infirmiers : 3 bleus, 7 oranges et 6 verts

Médecins : 4 verts

Assistants : 1 orange

Autre personnel 2 oranges

Manque de Personnel : positif

→ L'argument revient 2 fois au total (1 bleu et 1 rouge).

Manque de temps, causes et conséquences :

→ L'argument revient 12 fois au total (8 bleus, 1 rouge et 3 verts).

Manque de temps : positif :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts).

Charge de travail, négatif :

→ L'argument revient 13 fois au total (3 bleus, 7 rouges et 3 verts).

Charge de travail, positif :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 bleus).

Horaires :

→ L'argument revient 11 fois au total (8 bleus, 2 oranges et 1 vert).

Positif : (6 bleus, 1 orange et 1 vert)

Négatif (2 bleus et 1 orange):

Ressentis patients :

→ L'argument revient 3 fois au total (3 bleus).

Négatif : 3 bleus

Salaire :

→ L'argument revient 5 fois au total (3 bleus et 2 oranges).

Positif : 2 bleus et 2 oranges

Négatif : 1 bleu

Combinaison de plusieurs conditions de travail :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts)

Négatif : 2 verts

L'organisation :

→ L'argument revient 15 fois au total (5 bleus, 2 oranges et 8 verts)

Positif : 4 bleus et 5 verts

Négatif : (1 bleu, 2 oranges et 3 verts)

Des solutions :

→ L'argument revient 15 fois au total 4 bleus et 11 verts

Pour diminuer la charge de travail et la fatigue : (4 bleus et 11 verts)

Les moyens informatisés :

→ L'argument revient 9 fois au total, 9 verts.

Positif : 4 verts

Négatif : 5 verts

Pour revaloriser le métier, la formation, attirer les jeunes :

→ L'argument revient 4 fois au total, 1 bleu et 3 verts.

Accompagnants/familles :

→ L'argument revient 7 fois au total, 6 bleus et 1 vert.

Négatif : 6 bleus et 1 vert

QUESTION 2 :

❖ TOTAL réponses Q2 : **102**

Devoir pallier les manques :

→ L'argument revient 20 fois au total (5 bleus, 11 rouges et 4 verts).

Horaires :

→ L'argument revient 10 fois au total (10 bleus).

L'émotionnel :

→ L'argument revient 10 fois au total (8 bleus et 2 oranges).

Temps :

→ L'argument revient 16 fois au total (16 bleus).

Moyens :

→ L'argument revient 5 fois au total (5 bleus).

Charge de travail :

→ L'argument revient 12 fois au total (6 bleus, 2 oranges et 4 verts).

Le passage des médecins près des patients :

→ L'argument revient 3 fois au total (2 oranges et 1 vert).

Former :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 rouge).

Solutions mises en place par la hiérarchie :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts).

Autres :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts).

Solutions mises en place par les référents :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts).

Solutions mises en place par les chefs/adjoints :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 bleu).

Solutions difficiles à mettre en place (négatif) :

→ L'argument revient 7 fois au total (7 oranges).

Le staff et la quantité de personnel : (1 orange)

Solutions apportées par les adjoints : (1 orange)

Les cadres : (1 orange)

La communication soignants-adjoints : (4 oranges)

L'entraide :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 orange).

Absences / remplacements :

→ L'argument revient 10 fois au total (1 bleu, 7 oranges et 2 verts).

QUESTION 3 :

❖ TOTAL réponses Q3 : **154**

Ressenti négatif des infirmiers :

→ L'argument revient 18 fois au total (5 bleus, 6 rouges et 7 verts).

Personnel négatif :

→ L'argument revient 11 fois au total (6 bleus et 5 rouges).

Charge de travail négatif :

→ L'argument revient 9 fois au total (4 bleus, 4 rouges et 1 vert).

Exemples concrets négatifs :

→ L'argument revient 27 fois au total (13 bleus, 8 oranges et 6 verts).

Conséquences pour les infirmiers : négatif

→ L'argument revient 21 fois au total (12 bleus, 5 rouges et 4 verts).

Conséquences négatives pour les patients :

→ L'argument revient 19 fois au total (9 bleus, 5 rouges et 5 verts).

Sentiment d'impuissance :

→ L'argument revient 31 fois au total (23 bleus, 1 rouge et 7 verts).

Comportements des patients : négatif

→ L'argument revient 10 fois au total (10 bleus).

Solutions :

→ L'argument revient 8 fois au total (5 bleus, 2 rouges et 1 vert).

QUESTION 4 :

❖ TOTAL réponses Q4 : **102**

Solutions positives mises en place par le participant :

→ L'argument revient 28 fois au total (15 bleus, 10 rouges et 3 verts).

Prise de recul : 9 bleus

Persévérer, faire mieux, prioriser : 5 bleus, 6 rouges et 3 verts.

Prévention/éducation 1 bleu et 4 rouges

Demander de l'aide, oser 1 bleu

Solutions positives mises en place via l'équipe :

→ L'argument revient 17 fois au total (10 bleus et 7 rouges).

Solutions mises en place via les stagiaires, étudiants :

→ L'argument revient 2 fois au total (2 bleus).

Solutions mises en place via les familles et accompagnants :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 rouge).

Solutions via l'organisation hospitalière

→ L'argument revient 11 fois au total (9 bleus et 2 verts).

Solutions externes :

→ L'argument revient 9 fois au total (9 bleus).

Via les médecins traitants

→ L'argument revient 7 fois au total (7 bleus).

Via un site Bruxellois qui regrouperait les hôpitaux

→ L'argument revient 2 fois au total (2 bleus).

Pas de solutions :

→ L'argument revient 15 fois au total (13 bleus, 1 rouge et 1 vert).

Pression morale 5 bleus

Ingérabilité :

→ L'argument revient 10 fois au total (8 bleus, 1 rouge et 1 vert).

QUESTION 5 :

❖ TOTAL réponses Q5 : 331

Position accordée	1 ^{ère} place	2 ^{ème} place	3 ^{ème} place	4 ^{ème} place	5 ^{ème} place	6 ^{ème} place	7 ^{ème} place	8 ^{ème} place
Conditions de travail								
1. Problèmes relationnels	P3 P4		P9 (pas dans son service mais avec la tour)		P1 P2 P11P5 P7	P6	P10	P8
2. Difficultés émotionnelles		P3 P4		P7 P9	P6		P1 P2 P8	P10 P11P5
3. Pression temporelle et qualité des soins	P7 P9	P1 P10 P5	P3 P11	P2 P4				

		P6 P8						
4. Manque d'effectif	P1 P2 P10 P11 P5 P6 P8	P7 P9		P3	P4			
5. Insatisfaction des possibilités d'utiliser sa compétence et d'exercer son autonomie			P2 P10 P5 P6	P1		P3 P8 P9	P11	P4 P7
6. Insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail			P7	P5 P8		P10 P11	P4 P9	P1 P2 P3 P6
7. Difficultés d'horaires	(P2)	P2 P11	P1 P8	P10P 6		P4 P3 P5 P7		P9
8. Insatisfaction du salaire			P4	P11	P3 P10 P8 P9	P1 P2 P5 P7	P6	

1. Problèmes relationnels avec les collègues :

Eléments Positifs :

→ L'argument revient 22 fois au total (8 bleus, 6 oranges et 8 verts).

Pas de soucis, de problèmes : 3 bleus, 3 oranges et 6 verts (12)

Bonne Entente : 4 bleus et 2 verts (6)

Soutien : 1 bleu et 3 oranges (4)

Eléments Négatifs

→ L'argument revient 17 fois au total (8 bleus, 3 oranges et 6 verts)

Métier et climat : 2 bleus, 1 orange (3)

Difficulté avec les différents acteurs : 5 bleus et 4 verts (9)

L'aspect hiérarchique : 2 verts

Problèmes patients : 1 bleu

Problèmes accompagnants : 4 bleus

Problèmes tour d'hospitalisation : 2 verts

Sentiment d'impuissance : 1 bleu, 2 oranges et 2 verts (5)

Jugements / reproches si responsabilité en plus : 1 orange

Si on se donne à 200% ça ne change rien : 1 orange

On est l'élément perturbateur : 1 vert

Dur si pas de soutien par les supérieurs : 1 bleu et 1 vert

Solutions :

→ L'argument revient 7 fois au total (7 bleus)

Team-building : 2 bleus

Relativiser : 3 bleus

Oser demander de l'aide et faire des compromis : 2 bleus

2. Difficultés émotionnelles

Eléments positifs :

→ L'argument revient 10 fois au total (1 bleu, 2 oranges et 7 verts)

L'équipe : 2 oranges et 3 verts

Travailler avec des personnes que l'on connaît : 2 verts

Être bien dans son métier 1 bleu et 2 verts

Éléments Négatifs :

→ L'argument revient 58 fois au total (22 bleus, 24 oranges et 12 verts)

Temps partiel : 3 verts

Situations émotionnelles personnelles : 2 oranges et 7 verts (9)

Pas d'attention : 9 bleus et 4 oranges (13)

Difficultés avec différents acteurs : 17 oranges

La hiérarchie: 9 oranges

Les adjoints (moins de tolérance) : 8 oranges

Parler des difficultés : 10 bleus, 1 orange et 2 verts (13)

(positif) Avec ses proches : 3 bleus

Avec des infirmiers extérieurs : 1 bleu

Soutien psychologique : 6 bleus et 1 orange

(négatif) : Pas de problèmes avec ça : 2 verts

Attention particulière au secret professionnel : 1 bleu

Spécificité urgences relation courte / distance plus facile : 2 bleus

Solutions :

→ L'argument revient 7 fois au total (2 bleus, 3 oranges et 2 verts)

Persévérer : 2 bleus, 3 oranges et 2 verts

3. Pression temporelle et qualité des soins :

Éléments négatifs :

→ L'argument revient 25 fois au total (15 bleus, 6 oranges et 4 verts)

Peur des erreurs : 1 bleu et 1 vert (2)

Manque de temps auprès des patients : 2 bleus, 3 oranges et 1 vert (6)

Réduction des moyens : 1 vert

Travail à la chaîne : 4 bleus et 2 oranges (6)

Pression / trop de responsabilités : 3 bleus et 1 orange (4)

Rupture de réalité avec la hiérarchie : 1 bleu

Lien entre pression temporelle et manque d'effectif : 4 bleus et 1 vert (5)

Eléments positifs :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 orange)

Pas ce qui ferait quitter définitivement le travail : 1 orange

4. Manque d'effectif :

Eléments négatifs

→ L'argument revient 11 fois au total (3 bleus, 4 oranges et 4 verts)

Ne développe pas : 1 bleu

Le manque d'effectif joue sur toutes les autres conditions : 1 bleu et 1 vert (2)

Diminution des futurs étudiants : 1 orange

Impact rapide par l'absentéisme + urgences sectorisée : 1 orange

Normes absentéismes en rupture avec le terrain : 2 oranges

Réduction des moyens : 1 vert

Trop de patients dans un lieu trop restreint, avec un manque de personnel, un flux qui ne suit pas, dans un manque de temps qui empêchent de travailler correctement : 1 bleu et 1 vert (2)

Manque de personnel impacte directement la relation : 1 vert

5. Insatisfaction de la possibilité d'utiliser ses compétences et d'exercer sa capacité d'autonomie

Considération positive de l'autonomie

→ L'argument revient 22 fois au total (4 bleus, 13 oranges et 5 verts)

Considération négative de l'autonomie

→ L'argument revient 30 fois au total (23 bleus, 1 orange et 6 verts)

Solutions

→ L'argument revient 9 fois au total (7 bleus et 2 verts)

6. L'insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail :

Différents moyens :

→ L'argument revient 47 fois au total (27 bleus, 11 oranges et 9 verts)

Titre qui offre beaucoup de possibilité d'emploi : 11 bleus, 3 oranges et 2 verts (16)

Négatif : 16 bleus, 8 oranges et 7 verts (31)

7. Difficultés horaires

Ressenti négatif des infirmiers :

→ L'argument revient 8 fois au total (5 bleus, 1 orange et 2 verts)

Horaires difficiles :

→ L'argument revient 11 fois au total (6 bleus, 3 oranges et 2 verts)

Avantage des horaires :

→ L'argument revient 4 fois au total (3 bleus et 1 orange)

Solutions :

→ L'argument revient 14 fois au total (6 bleus, 7 oranges et 1 vert)

Fausse solutions :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 bleu)

8. L'insatisfaction du salaire :

Positif

→ L'argument revient 5 fois au total (2 bleus, 2 oranges et 1 vert)

Négatif

→ L'argument revient 21 fois au total (8 bleus, 7 oranges et 6 verts)

9. Autres conditions évoquées par les participants :

→ L'argument revient 1 fois au total (1 bleu)

Environnement austère de l'hôpital 1 bleu

QUESTION 6 :

❖ TOTAL réponses Q6 : **161**

Ressentis infirmiers concernant la relation

→ L'argument revient 26 fois au total (15 bleus, 6 oranges et 5 verts)

Négatif 12 bleus et 2 oranges (14)

Positif 3 bleus, 4 oranges et 5 verts (12)

Lien avec le choix du métier :

→ L'argument revient 15 fois au total (9 bleus et 6 verts)

Spécifique aux urgences :

→ L'argument revient 46 fois au total (46 bleus)

Positif 18 bleus

Négatif 28 bleus

Éléments favorisant la relation :

→ L'argument revient 17 fois au total (12 bleus, 3 oranges et 2 verts)

Les besoins relationnels des patients

→ L'argument revient 15 fois au total (9 bleus, 5 oranges et 1 vert)

La relation a changé en 15 ans

→ L'argument revient 13 fois au total (9 oranges et 4 verts)

Les accompagnants

→ L'argument revient 1 fois au total (1 orange)

Un paradoxe

→ L'argument revient 2 fois au total (2 oranges)

Solutions

→ L'argument revient 23 fois au total (10 bleus, 2 oranges et 11 verts)

QUESTION 7

❖ TOTAL réponses Q7 : 176

Position accordée / Relation soignant/patient	1 ^{ère} place	2 ^{ème} place	3 ^{ème} place	4 ^{ème} place	5 ^{ème} place	6 ^{ème} place	7 ^{ème} place
La relation de civilité	P4 P9	P2(1 ^{er} choix)			P1	P8 P10 P11	P2(2 ^{ème} choix) P3 P5

							P7 P6
La relation de soins	P1 P2(le seul choix qui ne change pas) P7 P8	P9		P4 P6	P3 P5		P10 P11
La relation d'empathie		P2(2 ^{ème} choix) P4	P2 (1 ^{er} choix) P11 P8 P9		P7 P10	P3 P5 P6	P1
La relation d'aide psychologique	P3 P10 P11	P5 P8	P6	P2(2 ^{ème} choix)	P2 (1 ^{er} choix) P4	P1 P7 P9	
La relation thérapeutique	P5	P1 P3	P2 (2 ^{ème} choix) P4	P2 (1 ^{er} choix) P10 P7	P11 P6 P8		P9
La relation éducative	P6	P7	P1 P10	P3 P11 P5 P8		P2(2 ^{ème} choix) P4	P2 (1 ^{er} choix)

				P9			
La relation du soutien social		P10 P11 P6	P3 P5 P7	P1	P2(2 ^{ème} choix) P9	P2 (1 ^{er} choix) P8	P4

1. La relation de civilité

Politesse de base/ moindre des choses

→ L'argument revient 21 fois au total (13 bleus, 5 oranges et 3 verts)

Faisable même si débordés

→ L'argument revient 9 fois au total (6 bleus, 2 oranges et 1 vert)

Respect du patient

→ L'argument revient 8 fois au total (3 bleus et 5 oranges)

2. La relation de soins

Manque de temps négatif

→ L'argument revient 8 fois au total (4 bleus, 2 oranges et 2 verts)

Peu de temps pour la discussion 1 bleu

Prioriser 1 bleu

Enchainements actes techniques 1 bleu et 1 orange (2)

Explications brèves et rapides 1 bleu et 1 orange (2)

Si infirmiers débordés : relation très impactée 2 verts

Manque de temps positif

→ L'argument revient 5 fois au total (3 bleus, 1 orange et 1 vert)

Même si manque de temps, il faut le faire 3 bleus et 1 orange

Si soins plus longs, plus facile 1 vert

3. La relation d'empathie

Positif

→ L'argument revient 20 fois au total (14 bleus, 5 oranges et 1 vert)

Important/ la base en tant qu'infirmier/ on l'a en nous 8 bleus, 3 oranges et 1 vert (12)

Même si débordé/fatigué/énervé 3 bleus

Se retrouve dans des gestes simples 3 bleus

Confiance/ se mettre à la place de l'autre 2 oranges

Négatif

→ L'argument revient 10 fois au total (7 bleus et 3 oranges)

Impacté avec le manque de temps/ la fatigue/ le surmenage 7 bleus, 1 orange (8)

Condescendance patients/ collègues/ familles 1 orange

Pas le temps de s'asseoir près du patient/ écoute 1 orange

Autres

→ L'argument revient 2 fois au total (1 bleu et 1 vert)

Je ne veux pas que ce soit impacté 1 vert

Dépendant des situations vécues (garder une distance) 1 bleu

4. La relation d'aide psychologique

Positif

→ L'argument revient 7 fois au total (6 bleus et 1 orange)

Equipe de crise disponible pour l'équipe et soutien psy patient 5 bleus et 1 orange (6)

Gros moyens pour le soutien psychologique à Saint-Luc 1 bleu

Négatif

→ L'argument revient 14 fois au total (7 bleus, 3 oranges et 4 verts)

Manque de temps, impacte l'aide psychologique 5 bleus, 3 oranges et 4 verts (12)

Manque de temps donc relais par psychologues mais ne sont pas infirmiers 2 bleus

5. La relation thérapeutique

Positif

→ L'argument revient 7 fois au total (5 bleus et 2 oranges)

Lien avec la relation de soins 2 bleus et 1 orange (3)

Expliquer le plan de soins/les décisions prises/ si pas besoin de soins 2 bleus et 1 orange (3)

Doit rester 1 bleu

Négatif

→ L'argument revient 6 fois au total (1 bleu et 5 oranges)

Manque de temps/ plus les psychiatres 1 bleu et 4 oranges

Plaintes patients si pas d'explications 1 orange

6. La relation éducative

Positif

→ L'argument revient 29 fois au total (22 bleus et 7 oranges)

Très important (évite des retours aux urgences/ des appels) 10 bleus et 4 oranges (14)

Possible par l'acte technique ou petites choses bêtes 3 bleus et 2 oranges (5)

A adapter selon l'âge patient 1 bleu

Appui possible par infirmerie à domicile mais reste important à faire 4 bleus et 1 orange (5)

Aussi envers les étudiants → hôpital universitaire 4 bleus

Négatif

→ L'argument revient 11 fois au total (8 bleus, 2 oranges et 1 vert)

Manque de temps aux urgences/ plus de temps aux étages 6 bleus, 1 orange et 1 vert (8)

Médecins ne savent pas le faire 1 orange

Fait régulièrement mais pas assez car manque de temps et nécessite la collaboration patient 2 bleus

7. La relation du soutien social

Positif

→ L'argument revient 4 fois au total (3 bleus et 1 orange)

On essaie/ important/ un petit mot 3 bleus

En lien avec la relation d'aide psychologique 1 orange

Négatif

→ L'argument revient 15 fois au total (8 bleus, 5 oranges et 2 verts)

Très impacté car manque de temps/ trop de patients 6 bleus, 3 oranges et 1 vert (10)

Dur 1 bleu et 1 vert (2)

Difficile car communication à adapter en fonction du patient (Alzheimer) 1 orange

Difficile, grande nécessité pour patient plus âgé, lien avec soutien social 1 bleu et 1 orange (2)

QUESTION 8

❖ TOTAL réponses Q8 : **85**

Le manque de personnel et le flux de patients

→ L'argument revient 18 fois au total (8 bleus, 3 oranges et 7 verts)

Combinaisons de conditions de travail en difficulté et répercussions

→ L'argument revient 61 fois au total (20 bleus, 23 oranges et 18 verts)

Manque d'effectif-horaires/ pression temporelle et qualité de soins / fatigue 3 bleus, 5 oranges et 8 verts (16)

Tampon attente équipe psy mais pas de vraie formation 3 bleus et 2 oranges (5)

Trop de travail 1 bleu et 2 oranges (3)

Soutien social, aide psychologique, relation thérapeutique demandent plus de temps 1 bleu, 2 oranges et 1 vert (4)

Pression familles / médecins 1 orange

Manque de temps pour personnes en fin de vie 1 orange

Turnover médecins tous les 6 mois 1 bleu

Difficultés émotionnelles 4 bleus, 4 oranges et 2 verts (10)

Organisation travail difficile (souvent interrompu) 5 verts

Manque de généraliste (faible généralisée en Belgique) 1 orange et 2 verts (3)

Notion d'urgence biaisée par les patients 5 oranges

Humeur influe sur la relation 7 bleus

Positif

→ L'argument revient 4 fois au total (4 bleus)

Opportunités de développement à Saint-Luc 4 bleus

Solutions

→ L'argument revient 2 fois au total (2 verts)

Plus gérable à mi-temps 2 verts

QUESTION 9

❖ TOTAL réponses Q9 : 174

Le personnel

→ L'argument revient 54 fois au total (25 bleus, 20 oranges et 9 verts)

Plus de personnel 7 bleus, 2 oranges et 2 verts (11)

Personnel infirmier plus qualifié 6 oranges et 3 verts

Promouvoir les actes plus techniques et spécifiques des infirmiers 1 orange

Promouvoir la diversité du personnel 3 bleus

Promouvoir l'entraide médico-infirmière 4 oranges et 1 vert (5)

Plus d'aides-soignants/ aides logistiques investis 14 bleus et 7 oranges (21)

Formation spécifique pour le personnel de l'accueil des urgences 2 verts

Profiter des gestes techniques pour entamer la discussion et créer la relation 1 bleu et 1 vert (2)

L'organisation, la hiérarchie supérieure

→ L'argument revient 61 fois au total (39 bleus, 2 oranges et 20 verts)

Shift de 12 heures (50/50) 3 bleus

Organisation de la santé différente en Belgique (patient non urgent aux urgences) 1 orange et 5 verts (6)

Plus d'heures de relance non taxées (choix de revenir travailler + avantage financier) 2 bleus

Plus de places en hospitalisation pour vider les urgences plus facilement 2 verts

Meilleure collaboration avec les étages 5 verts

Plus de moyens pour le matériel 2 bleus

Mieux réguler le flux (↑ la relation avec le patient) 1 bleu

Cadre et direction plus sur le terrain 8 bleus

Chiffres de la direction en rupture avec réalité de terrain 5 bleus et 2 verts (7)

Heure d'attente affichée à l'entrée des urgences (dissuasion si pas urgent) 1 bleu

Valoriser la profession (salaire et avantages) 4 bleus et 1 orange (5)

Ecouter et mettre en place les souhaits des infirmiers 1 bleu

Augmenter capacité urgences/ plus de lits/ plus de dispensaires 3 bleus et 2 verts (5)

Tableaux de charges plus adaptés aux urgences 1 bleu et 1 vert (2)

Améliorer l'organisationnel 1 bleu

Plus de team building 1 bleu

Améliorer les conditions d'accueil des urgences pour les patients (temps d'attente, délais, factures si pas de mutuelle) 6 bleus et 1 vert (7)

Les jeunes

→ L'argument revient 1 fois au total (1 bleu)

Les préserver pour qu'ils continuent 1 bleu

Solutions externes

→ L'argument revient 29 fois au total (7 bleus, 8 oranges et 14 verts)

Prévention niveau national 6 bleus et 1 orange (7)

Travailler en collaboration avec un service externe centre de médecine générale surtout en pic de flux 1 bleu, 5 oranges et 4 verts (10)

Campagnes de prévention 1 orange

Renvoi des patients non urgents vers médecin traitant 3 verts

Plus de médecins traitants/ plus accessibles/ plus d'actes (sutures) 1 orange et 4 verts (5)

Plus de médecins spécialistes/ plus accessibles 3 verts

Pas de solutions

→ L'argument revient 17 fois au total (5 bleus, 1 orange et 11 verts)

Il faut garder les patients si on ne trouve pas de place 1 vert

Beaucoup veulent quitter le métier (mieux payé/ plus de personnel/ plus proche du domicile) 1 bleu et 1 orange (2)

Pas de solution si pas de financier/ pas de soutien/ manque d'effectif/ manque de temps 2 bleus et 9 verts (11)

Sentiment d'impuissance 1 vert

Toujours un côté imprévisible aux urgences 1 bleu

Partir d'un hôpital universitaire 1 bleu

Positif

→ L'argument revient 1 fois au total (1 bleu)

Malgré tout, j'adore mon métier et son côté social 1 bleu

Fausse solutions

→ L'argument revient 11 fois au total (2 bleus, 8 oranges et 1 vert)

Augmenter les années d'études des infirmiers sans revalorisation 2 bleus et 3 oranges

Informatisation engendre de l'insécurité chez certains membres du personnel 1 orange

Les infirmiers peuvent prescrire certains médicaments/ examens aux urgences → confusion 1 orange

Les actes délégués des aides-soignants 1 orange

Financement en fonction du nombre d'entrées 1 orange

Augmenter la capacité sans régler aucun autre problème 1 vert

Augmenter les salaires sans tenir compte des autres mauvaises conditions de travail (manque d'effectif) 1 orange

QUESTION 10

TOTAL réponses Q10 : 72

Positif

→ L'argument revient 43 fois au total (14 bleus, 17 oranges et 12 verts)

Projets d'activités pour le personnel (petits déjeuner, marché de Noël, pot après le boulot, etc.) malgré le déficit 1 bleu, 6 oranges et 4 verts (11)

Chefs (adjoints) du service disponibles et à l'écoute 2 bleus, 1 orange et 3 verts (6)

Intérim niveau externe (fonctionne bien) 1 bleu et 2 oranges (3)

Un blog ouvert à tous avec les plages manquantes (être libre de s'y mettre ou non) 1 orange

Beaucoup de formations possibles 2 bleus

Groupes de paroles/ psychologues disponibles 6 bleus et 2 oranges (8)

Groupe patient-partenaire ; patient acteur 2 oranges

Activités mises en place par le personnel des urgences (karaoké/ souper/verres) 1 bleu

Assistants sociaux disponibles 1 orange

Soutien de la médecine du travail 1 orange

Frigo aux urgences pour boule de glace 1 orange

Formation « vis ma vie » pour se mettre à la place des personnes âgées 1 bleu et 2 verts (3)

Possibilités de réaliser des évènements indésirables par le personnel qui sont analysés par la suite 3 verts

Négatif

→ L'argument revient 29 fois au total (14 bleus, 10 oranges et 5 verts)

Ouverture de poste mais rare 1 bleu

Equipe mobile (interne) mais pas assez disponible ni organisée 4 bleus

Les check-listes effectuées par tous (y compris les remplaçants externes ou internes) 3 bleus

Chiffres objectifs du flux 1 bleu

Ne connaît que 2 types de formation et pas d'autres outils 1 bleu

Salles de détente (fauteuil de massage/luminothérapie) mais pas assez 2 bleus

Institutionnel : peu de choses pour les vrais problèmes 6 oranges

Horaires très différents aux urgences qu'aux étages (pas de pauses fixes) ; impacte l'organisation des activités 1 orange

Plateforme Talentsoft (formations chouettes mais à financer) 1 vert

Aide-soignante pour gérer la montée des patients aux étages ; pas assez effectif ou trop rare (manque de personnel) 3 oranges

Programme informatique et installations choisis très coûteux ; pourquoi pas viser moins cher 2 verts

Renfort pour faire le lien entre les urgences et la tour 1 vert

Affiche avec QR Code dans chaque chambre/ box pour faciliter/ augmenter les enquêtes de satisfaction 1 vert

Différence de salaire entre les étages et les urgences/soins intensifs (plus de responsabilités, formation plus longue, etc.) 2 bleus

QUESTION 11

TOTAL réponses Q11 : 21

Oui

→ L'argument revient 5 fois au total (1 orange et 4 verts)

Oui (cfr Q 10), écrans dans les couloirs qui en parlent 1 orange et 4 verts

Vaguement

→ L'argument revient 8 fois au total (6 bleus, 1 orange et 1 vert)

En a entendu parler/ sait que ça existe 6 bleus, 1 orange et 1 vert (8)

Non

→ L'argument revient 8 fois au total (6 bleus, 1 orange et 1 vert)

N'existe pas aux urgences 5 bleus, 1 orange et 1 vert (7)

Non 1 bleu et 1 orange (2)

QUESTION 12

❖ TOTAL réponses Q12 : 46

Non

→ L'argument revient 1 fois au total (1 orange)

Rien à ajouter 1 orange

Positif

→ L'argument revient 13 fois au total (8 bleus, 1 orange et 4 verts)

J'adore mon métier (conviction/motivation) 3 bleus

En comparaison avec d'autres pays, en Belgique, bons soins de santé 1 orange

Bonne clinique/ bon matériel/ essaye d'améliorer le quotidien 2 bleus et 1 vert (3)

Cellule « ensemble » (dynamiser l'hôpital/ activités, etc.) 3 bleus

Chefs (adjoints) très présents et disponibles malgré leur position compliquée et non valorisée 3 verts

Négatif

→ L'argument revient 32 fois au total (23 bleus et 9 oranges)

Personnes avec grande ancienneté dans les équipes mais aujourd'hui plus compliqué (physiquement et mentalement) 2 bleus

Horaires différents aux urgences ; horaires des activités proposés inadaptés 3 bleus

Pas de remboursement des transports 1 bleu

Améliorations nécessaires pour tenir dans le temps et ne pas se réorienter rapidement 6 bleus

Salaire trop bas 5 oranges

Soutien pendant le covid (applaudissements) mais rien de plus 2 oranges

Turn over de plus en plus court, aggravations des conditions de travail, personnel épuisé/ baisse qualité soins et relation 1 orange

Heureux que ce sujet soit traité mais découragement/ pas de solutions 3 bleus et 1 orange (4)

Etudes en 4 ans sans valorisation : mauvaise idée 2 bleus

Amélioration des espaces de travail (mobilité, maux de dos, architecture, etc.) 6 bleus

QUESTION 13

❖ TOTAL réponses Q13 : **11**

Oui, tous 5 bleus, 3 oranges et 3 verts

→ L'argument revient 11 fois au total

Annexe 7 : complément au texte de la présentation et analyse des données récoltées (point D)

7.1 Complément au point 3 : pallier ou non aux conditions de travail problématiques pour l'infirmier urgentiste (question 2), les solutions déjà mises en place à Saint-Luc par la hiérarchie, par les référents, par les chefs adjoints ainsi que les solutions difficiles à mettre en place.

- **Solutions déjà mises en place à Saint-Luc : par la hiérarchie** : mise en place de référents de secteur car ils sont au cœur de la pratique et en connaissance du secteur, appel à un help desk technique où chaque infirmier peut faire une demande (exemple si problèmes de porte, chaise, sanitaire), appel aux équipes mobiles en cas de difficulté ; **par les référents** : pour résoudre des problèmes communicationnels médecins/ infis lors des réunions, un travail d'ergonomie, de changement de table et de disposition avec création d'un îlot central a été réalisé pour une augmentation de la solidarité médicale. Mais avec l'espoir que cela passe au niveau budget ; **par les chefs/adjoints** : constitution de teams et tableaux où l'on voit où il est possible de plus vite visualiser le manque du personnel

- **Solutions difficiles à mettre en place : concernant le staff et la quantité de personnel** : les nombres sont imposés par l'institution mais ils ne comptabilisent pas les malades, les prolongations de certificats ; **concernant les adjoints** : le personnel les trouve parfois peu visibles et la solution trouvée est d'être présents en bas quand le staff est complet (mais pas souvent complet) et certains ont l'impression d'être surveillés ; **concernant les cadres** : il y a peu de soutien et de compréhension de la réalité de terrain, ils pourraient « descendre » dans les services ; **concernant la communication soignants-adjoints** : 2/3 des infirmiers ne lisent pas les informations reçues, avant c'était envoyé par mail maintenant cela se trouve dans un sharepoint (moins lourd) mais on ne sait pas si la personne a noté l'information. Le bouche à oreille ne marche pas bien non plus, l'interprétation de l'information reçue peut être erronée , il est difficile de communiquer dans une très grosse équipe et l'équipe pense souvent que telle solution proposée par le cadre ne fonctionnera pas avant même d'avoir essayé ; **concernant l'entraide** : elle devrait être dans les 2 sens : médical aussi ; **concernant les absences / remplacements** : un temps plein + des horaires difficiles + O pauses + sa vie privée + épuisement, remplacer est difficile et parfois impossible, cela baisse le niveau de qualité et néglige certains aspects du soin, on n'a pas grand-chose à mettre en place pour pallier sans toucher à la qualité. Des personnes pourraient peut-être remplacer plus, même si 100 % de ce travail est difficile, mais ils ne le font pas à cause des taxations, des impôts; **concernant des solutions horaires** : ne pas mettre de congés annuels dans les fêtes car il y a déjà le personnel malade, fatigué, dans un autre hôpital : pas de congés entre le 15 décembre et le 1^{er} janvier, une seule fête sur les deux et alternance chaque année et c'est une décision des chefs, les infirmiers ne peuvent rien y faire . Eviter trop de jobistes pour les remplacements sur une pause car il faut

pallier tout ce qu'ils ne savent pas faire et c'est difficile alors qu'il manque déjà la moitié du personnel spécifique aux urgences.

7.2 Complément au point 4 : expériences vécues aux urgences compliquées par une ou des conditions de travail (question 3) :

1) Manque d'infis, de médecins, 35 patients alors que la place est pour 18 plus ceux qui attendent énervés dans la salle d'attente. Même en faisant tout son possible, impossible d'être dans les délais et s'occuper convenablement de tout le monde. Il faut faire les gestes techniques demandés mais les trieurs venaient donner les informations de la personne suivante et on était seulement en train de soigner ceux d'avant sans aides- soignants disponibles : ne pas avoir le temps de changer les patients car trop de monde, trop de tâches en même temps, impossible de les surveiller et difficultés de disposition. Demander au 100 de ne plus venir à St Luc momentanément car en plus la zone du couché (où il y a le plus de flux) nécessite de nombreuses tâches or le nombre d'infirmiers est calculé selon les tranches d'heures mais si dans la tranche d'avant il n'y avait personne durant trois heures, les chariots sont non refaits et des patients n'ont pas été pris en charge durant 3 heures.

2) Les personnes qu'on ne peut surveiller, qui peuvent faire des crises, des hyper ou hypo glycémie et parfois on ne le voit pas et on ne sait pas les récupérer à temps. Impossible à 2 infirmiers pour 35 patients de prendre les glycémies toutes les demi-heures.

3) En réa, minimum 2 infirmiers et beaucoup de surveillances et gestes techniques sauf quand le deuxième part avec le smur.

Concernant les freins à l'autonomie : Limité par le médecin superviseur, par les procédures qui empêchent d'anticiper et font perdre du temps. Manque d'autonomie en comparaison avec le « passé » où les médecins superviseurs étaient rappelables et les infirmiers ont appris à faire des choses seuls. En cas d'accident grave prévenu par les ondes radio du 112, alors que c'est prévisible que les grands traumatismes arriveront à Saint-Luc, un assistant a interdit que nous anticipions toutes les démarches, les appels aux collègues, le matériel radio et autres nécessaires. Quand ils sont arrivés, il y a eu une grosse perte de temps qui aurait pu coûter la vie à plusieurs personnes.

Concernant le personnel : dans le manque de personnel et la charge de travail, il y a un mauvais rapport personnel face au nombre trop élevé de patients, même avec une grosse équipe il y a quand même beaucoup de jeunes moins expérimentés pour un secteur pointu et certaines personnes ne sont pas assez compétentes pour les particularités des urgences. **Concernant la communication et le travail d'équipe :** difficulté de passage du patient d'une zone à l'autre quand celle-ci est surchargée et différences de perceptions entre les soignants qui veulent « vider » la zone et ceux qui ne peuvent recevoir plus de patients ; difficulté de communication avec les leaders (or institut universitaire) et le lead est aussi laissé à des assistants mais si la communication n'est pas claire, précise, adéquate ça retombe quand même sur l'infir ; un programme informatique qui n'est pas adapté au service des urgences. **Concernant les**

patients : cela peut empirer la situation du patient (ex recevoir juste un calmant pour la douleur et pas de projet défini pour lui) / juste le temps de faire les gestes techniques demandés / oublier des personnes dans les coins / comment assurer la sécurité du patient/ comment les surveiller tous / 3 intubés auraient dû aller aux soins intensifs mais il n'y avait pas de places / suite à des incompétences voir des dégradations des états des patients voire des décès / on devait prioriser selon la douleur et le type de soin urgent et on passait à côté du relationnel des personnes et on passait (pour information, les idées consacrées au relationnel patient-soignant ne représentent que 6 idées sur toutes les idées de la question 3) à côté des gens en ne pouvant pas s'occuper d'eux/ Ils étaient trop longtemps sur des brancards / Moindre qualité des soins/ danger de complications graves voire morbidité/Impression que le médecin ne savait pas trop que faire pour trouver le projet facilement/ le médecin venait, repartait, revenait ... /que l'on ne savait pas trop ce que l'on faisait / que je ne savais pas quoi faire / pouvait-on l'aider/Est-ce qu'on ne pouvait rien faire ?/ pas de conduite à suivre/ impression que le patient était mis de côté.

Concernant les infis : ils peuvent présenter des problèmes médicaux et de santé, cela empire sa situation personnelle, c'est de la survie, ce n'est pas vivable, avoir la peur pour les siens et cela touche personnellement, ne pas être au top de la forme après, il y a des impacts sur la santé mentale (perturbé, se sentir mal, ça impacte, des émotions surviennent comme pleurer, être vexé, frustré, en colère).

Concernant les urgences pédiatriques : les personnes ne sont pas formées pour aller en urgence pédiatrique, doivent payer leur formation (350 €). Déjà après seulement or après 5-6 jours « de doublage » être lancé, tout seul car ce secteur est en plus à l'écart. Or la pédiatrie est trop spécialisée or on n'est pas spécialisé

7.3 Complément au point 5 : ce que les infirmiers mettent en place afin de gérer la situation (question 4).

Voici un tableau selon les solutions exploitables entièrement par l'infi (solutions infi), celles exploitables par l'infi via tierce personne (solutions Infi +autre), celles non exploitables par l'infi lui-même (solutions non infi) et enfin le non solutionnable (pas de solutions).

Solutions infis	- Prise de recul conséquente - Persévérer - Faire mieux, prioriser les soins selon le plus urgent ; - Faire de la prévention pour éviter les retours fréquents aux urgences - De l'éducation pour qu'ils sachent à quoi s'en tenir et sonnent moins souvent
------------------------	---

	- Demander de l'aide, oser plus ; - Travailler encore plus vite ; faire encore plus d'heures supplémentaires - Mettre les gens au lit directement puisqu'on sait que leur temps d'attente sera énorme et qu'ils risquent de ne pas tenir le coup sur un siège - Veiller directement à ce que le patient soit confortable puisqu'on sait qu'on ne pourra revenir vite voire pas - Temporiser tant qu'il n'y a pas mort d'homme ; Calmer le bazar ; Mettre de l'humour
Solutions infis + autres	- Entraide avec les autres personnes ressources (trieurs qui peuvent communiquer plus efficacement, mettre les personnes âgées et fragiles déjà dans un lit), médecins des urgences (meilleure communication des infis pour plus vite mettre en place un plan thérapeutique et voir où aller selon les « vraies urgences »), leads (oser dire et débriefer aussi quand on n'a pas aimé comment ils leur ont parlé, collègues (reprendre un patient avec qui cela ne passe pas ; mieux se concerter selon les zones à remplir et vider selon les vraies situations qui bloquent ; ne pas accepter que toujours les mêmes personnes n'aident systématiquement pas) - Entraide avec les autres secteurs - Demande aux stagiaires et étudiants - Collaborer avec les familles et accompagnants
Solutions non infis	A) Via l'organisation hospitalière : (plus de lits, plus de personnel) - Que les médecins fassent des tâches qui prennent peu de temps (ex retirer un cathéter) - N'accepter aux urgences que les cas lourds et/ou spécifiques aux urgences - Afficher en salle d'attente en rouge le réel temps d'attente - Se servir des idées des mémoires (en faire plus) sur des thèmes des urgences

	- Plus de lits aux étages pour moins d'attente aux urgences - Soulager la lourdeur des procédures, des checks listes et laisser une marche de manœuvre - Continuer de détacher des infis des urgences pour que les programmes et outils soient adaptés mais les remplacer B) Solutions externes : - Via médecin traitant qui expliquent à tous leurs patients quand, pourquoi aller aux urgences ; sauf cas particulier ce sont eux qui enverraient aux urgences - Via un site bruxellois qui préviendrait des temps d'attentes des urgences dans tous les hôpitaux
Pas de solutions	- Ne plus retourner dans la chambre de la personne insultante et qui ne se laisse pas faire par soi - Si pression morale - Pas envie de sourire si débordé - Même si on solutionne cela continue à trotter dans la tête - Se sentir obligé et/ou culpabilité si on remplace sans envie voire si on est malade - Si le flux de patients dépasse le trop - Imprévisibilité quand on est malade - Malgré les solutions mises en place et de parer au plus pressé, il y a tout ce qui n'est pas fait, pas fini.

7.4 Complément au point 6 : classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5), observations de terrain :

Observations de terrain :

Voici quelques-unes de nos observations issues des entretiens montrant des données différentes selon le remplissage du tableau et les explicitations de celui-ci :

- Variations entre l'ordre des propositions de conditions de travail dans le tableau et dans les explications pour plusieurs participants ;
- classement difficile pour plusieurs d'entre-eux qui souhaitaient mettre plusieurs conditions en position 1 ou encore des ex-aequo ;
- deux participants ont des difficultés de compréhension de l'exercice « numérotation du tableau selon que ces conditions sont plus impactantes (1) à moins impactantes (8) ;
- plusieurs s'emmêlent un peu entre les explications et les numérotations du tableau ;
- plusieurs signalent que c'est le manque d'effectif qui occasionne la plupart des conditions de travail en difficulté ;
- Une personne a tout expliqué ses choix du tableau dans le désordre, d'autres s'emmêlent dans les numérotations des propositions et ne donnent que très peu d'explications qu'il faut susciter par un nouveau questionnement ;
- Un des participants signale que le classement de ce tableau peut varier d'un jour à l'autre ;

Mais tous ont pu rapidement reprendre leur marque pour faire l'exercice demandé correctement après nos éclaircissements et réponses à leurs questions mais aussi la sécurisation que nous leur avons apportée.

7.5 Complément au point 6 : classement des différents types de conditions de travail qui impactent le quotidien des infis (question 5) :

Q5G1 : Position accordée Conditions de travail	1 ^{ère} place	2 ^{ème} place	3 ^{ème} place	4 ^{ème} place	5 ^{ème} place	6 ^{ème} place	7 ^{ème} place	8 ^{ème} place
1. Problèmes relationnels	P P		P (pas dans son service mais avec la tour)		PPP PP	P	P	P
2. Difficultés émotionnelles		P P		P P	P		PP P	PP P
3. Pression temporelle et qualité des soins	P P	PP P PP	PP	P P				

4. Manque d'effectif	PPPP P PP	P P		P	P			
5. Insatisfaction des possibilités d'utiliser sa compétence et d'exercer son autonomie			PP P P	P		P P P	P	P P
6. Insatisfaction des opportunités de développement offertes au travail			P	P P		P P	P P	PPP P
7. Difficultés d'horaires	(P)	P P	P P	P P		P	P PP	P
8. Insatisfaction du salaire			P	P	PP PP	PP PP	P	

7.6 Complément au point 8 ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7), observations de terrain

Observations de terrain :

Voici quelques observations reprises lors des entretiens car les participants semblaient assez perdus, hésitants, sur ce qu'il leur était demandé de faire (alors qu'ils avaient déjà procédé de même pour la question 5 concernant les conditions de travail) :

- Un des participants tente d'expliquer ses **hésitations de choix** mais n'en dit pas beaucoup plus. A la fin de ses explications concernant les relations il demande de changer ses choix dans le tableau et s'emmêle encore un peu plus. Il signale que pour lui la relation de soutien social, la relation d'aide psychologique, la relation de soin sont fort proches
- Certains participants font remarquer que ce n'est pas facile.
- Un autre fait des changements dans le tableau (hésitation). Beaucoup d'hésitations, très peu d'explications concrètes spontanées et certaines relations restent non expliquées. Il dit qu'il souhaiterait placer les 3 premiers **ex-aequo**, il est perdu et modifie sans cesse les places accordées aux types de relation. En final il explique peu

- Un participant fait remarquer que **tous les types de relation sont impactés par le manque de temps** et un autre que la différence entre les urgences et la psychiatrie c'est qu'il n'y a pas tout le côté somatique à prendre en charge et on est plus dans la relation thérapeutique qu'aux urgences
- Un autre signale que **tous les types de relations se concentrent dans le même espace-temps** que l'infi mélange l'éducatif avec le soutien social et le psychologique dans ses interventions.
- Un suivant semble de plus en plus hésiter dans la réponse à la question 7 et au moment de parler de l'empathie, signale qu'il n'a pas envie de ne pas être empathique, et il s'y refuse.
- Un des infis signale que l'exercice est très difficile pour lui car en tant qu'infi il **ne peut pas tolérer que les types de relations soient impactés** par les conditions de travail. Il utilise des termes forts : frustrants, « au secours » c'est dégueulasse, heureusement que vous avez rempli le tableau selon ce que je disais car à ce moment, j'aurais arrêté de le remplir car je ne veux pas.
- Un autre infi dit que **les relations se tiennent toutes, dis que tout est tellement important, que tout est impacté.**
- Hésitation entre relation d'aide psychologique ou thérapeutique. Explique très peu en général. Il dit que cette question est très difficile car il a envie de mettre 1 à toutes les relations. Pour lui, soigner quelqu'un c'est faire tout et toutes les relations.
- Une des personnes répond super vite et n'explique rien du tout.

Nous avons choisi de vous communiquer ses informations qui se reflètent dans le remplissage du tableau où peu d'éléments ressortent de façon flagrante tout d'abord selon les groupes et ensuite selon les positions accordées et nous pouvons comprendre ce qui s'est passé et quelle signification cela prend lorsqu'on reprend les commentaires oraux des participants. Ils refusent que la relation soit impactée, tout en se rendant bien compte que c'est le cas et pour la plupart des types de relation de soins. Ils hésitent donc beaucoup et cela se ressent dans le partage des propositions dans les 7 positions.

La plupart des participants ont régulièrement besoin de dire que rien n'est moins important.

7.7 Complément au point 8 : ce que les infirmiers pensent de l'impact de leurs conditions de travail sur la relation avec les patients (selon Formarier, 2007) (question 7) :

Position accordée Relation soignant/patient	1 ^{ère} place	2 ^{ème} place	3 ^{ème} place	4 ^{ème} place	5 ^{ème} place	6 ^{ème} place	7 ^{ème} place
La relation de civilité	P P	P (1 ^{er} choix)			P	PP P	P (2 ^{ème} choix) P PP P
La relation de soin	PP (le seul choix qui ne change pas) P P	P		P P	P P		PP
La relation d'empathie		P (2 ^{ème} choix) P	P (1 ^{er} choix) P PP		P P	P P P	P
La relation d'aide psychologique	PPP	P P	P	P (2 ^{ème} choix)	P (1 ^{er} choix) P	P P P	
La relation thérapeutique	P	PP	P (2 ^{ème} choix) P	P (1 ^{er} choix) P P	P PP		P
La relation éducative	P	P	PP	PP P PP		P (2 ^{ème} choix) P	P (1 ^{er} choix)
La relation du soutien social		PP P	P PP	P	P (2 ^{ème} choix) P	P (1 ^{er} choix) P	P

7.8 Complément au point 11 : moyens développés par l'institution (question 10) dont l'outil « patient-partenaire » (question 11) :

Voici des idées et outils non cités ci-avant et vous pourrez voir que cela s'apparente à nouveau à des solutions proposées par les infis car l'existant ne correspond pas toujours spécialement aux besoins de ce service bien spécifique :

Existant à améliorer : ils font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont mais il y a un manque d'outils ; beaucoup de projets comme celui des petits déjeuners offerts ne sont plus organisés ; les ouvertures de postes sont trop rares ; ce serait un gain de temps, d'organisation et de charge de travail si les remplaçants (internes et externes) faisaient aussi la check-list (pas dans leurs tâches) afin que les infis n'aient pas cela qui se rajoute le matin et qu'ils ne puissent aider les collègues ; pas facile dans une grosse équipe d'oser parler des problèmes et devant les chefs même s'ils sont bienveillants ; il y a des salles détente (fauteuils de massage et luminothérapie) mais il n'y en a pas assez et en plus, aux urgences les infis n'ont pas de pauses, ils n'en prennent pas ou alors ils doivent vite manger devant l'ordinateur. À Saint-Luc est créé un projet spécifique « patients partenaires » (relations patients-infirmiers) pour qu'ils puissent interagir mais vu la particularité du service des urgences, c'est compliqué donc il y a eu des projets pour d'autres services suite à ça mais pas aux urgences. Il y a les repas du personnel et pour les liens, c'est très bien mais les personnes n'y vont pas tout le temps car elles sont aussi contentes de rentrer chez elles où une deuxième vie commence après le travail.

Au niveau institutionnel les infis déplorent que peu de choses soient mises en place pour les réels problèmes (presque tout bas, phrase difficilement audible) car normalement le service a été conçu pour être viable pour 10 ans. Un an après, ils mettaient déjà des patients dans les couloirs, alors que le service des urgences vient d'être reconstruit et que le service ne pourra être plus grand car si plus grand, plus de patients et donc besoin de plus de personnel. Actuellement ils peuvent accueillir une centaine de patients environ. De plus, les organisations sont très différentes aux urgences par rapport aux autres services qui ont leurs pauses, leurs rapports et savent aller plus facilement à des activités. Une année ils avaient un frigo sur roulettes et allaient aux urgences offrir une boule de glace alors que les infis ne savent pas se déplacer. La formation « vis ma vie » pour comprendre ce que vit une personne diminuée, âgée, avec déficit auditif, visuel afin que notre relation et nos propos soient en cohérence avec la réalité de la personne diminuée. La plateforme *talentsoft* comporte « de chouettes formations » que le travailleur doit financer. Il serait plus que nécessaire qu'une aide-soignante fasse la remontée des patients des urgences (préparer-paramétrer-remonter) mais ce n'est pas le cas actuellement ou rarement car trop peu d'effectif. Dommage aussi que le Programme informatique et les extensions soient hyper coûteux. Les infis se demandent donc pourquoi ces choix alors que d'autres programmes sont moins chers. La solution d'un renfort qui fait le lien entre les urgences et la tour dans des moments bien spécifiques est plus que nécessaire.

Positivement : une formation a été organisée dans un autre pays et la chef a tout fait pour débloquer l'argent. Des infis y sont allés ; l'appel à une agence d'interim fonctionne bien, souvent les mêmes infis reviennent et sont souvent plus motivés (leur choix) et plus informés, formés ; un blog propre à Saint-Luc existe où le personnel voit les personnes qui manquent et dans quels services afin de remplacer si disponible ; beaucoup de formations existent surtout sur la communication (non violente, thérapeutique) ; il y a des groupes de paroles où des psychologues peuvent venir selon les difficultés, selon les situations spécifiques dans les services mais aussi beaucoup de débriefings aux soins intensifs réalisés en petites équipes (si besoin de débriefer sur une situation « qui a merdé ») ainsi qu' une grosse réunion tous les vendredis matin, la cellule de crise et l'unité des crise (très utiles lors des attentats). Il y a aussi l'équipe psychiatrique ; Il y a de nombreuses activités comme des marchés de Noël, des fêtes avec cadeaux, un pot après le boulot, des apéros des food trucks, le sapin de Noël offert par la fondation Saint-Luc devant l'hôpital un concours de calendrier de l'avent. Aussi, suite à un don à la fondation Saint Luc, 1000 sapins de Noël ont été livrés au domicile de soignants pour apporter un peu de réconfort. Les infis des urgences mettent également eux-mêmes en place des activités (karaoké, souper, sorties) ; d'autres atouts résident dans le fait que les assistantes sociales peuvent prendre des plaintes, la médecine du travail peut soutenir en cas de burn out, le travail des chefs adjoints pour que les personnes trouvent quelqu'un d'accessible dès qu'elles ont besoin afin que le problème se gère directement. La possibilité de déposer des événements indésirables qui sont analysés par les départements qualité et que de meilleures procédures soient ainsi pensées reste un atout majeur mais des sollicitations pour que les équipes nourrissent ces fiches devraient être plus fréquentes et pour tout le personnel afin qu'ils donnent leurs avis et que des solutions soient trouvées d'abord par les personnes et les autres du groupe dès que c'est possible.