

Faculté de santé publique

Le monde hospitalier : le bien-être du personnel soignant influencé par des facteurs externes et internes.

Mémoire réalisé par
Marina Iraïn

Promoteur(s)
Mr Patrice Gobert

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

Faculté de santé publique

**Le monde hospitalier : le bien-être du personnel
soignant influencé par des facteurs externes et
internes.**

Mémoire réalisé par
Marina Iraïn

Promoteur(s)
Mr Patrice Gobert

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

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier sincèrement mon promoteur, Monsieur Gobert Patrice pour cette année pleine de richesses intellectuelles, pour son encadrement, ses encouragements, ses précieux conseils ainsi que sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des soignants et des managers de m'avoir accordé leur temps afin de participer à mes entretiens.

Un grand merci également à ma famille, mes ami(e)s pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce travail et durant ces années de master.

Merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Plagiat

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

Table des matières :

Introduction :	9
I. Cadre théorique :	10
A. Santé et bien-être :	11
B. Mal être au travail / souffrance au travail :	14
a) Le stress :	14
b) Les risques psychosociaux :	16
c) Burn-out :	19
C. Les sources du mal-être au travail :	21
a) Facteurs organisationnels du stress :	21
b) Coping :	25
D. Les conséquences du stress :	26
a) La performance individuelle :	27
b) La performance organisationnelle ou collective :	27
E. Les différentes préventions dans les milieux de travail :	28
a) Au niveau national belge :	29
b) Le comité pour la prévention et la protection au travail ou CPPT :	31
c) Qu'est-ce que la prévention primaire secondaire et tertiaire ?	31
• La prévention primaire :	31
• La prévention secondaire :	32
• La prévention Tertiaire :	32
F. Rôle du manager dans la prévention :	33
G. Rôle de la GRH dans la prévention :	34
H. Les stratégies pour améliorer le bien-être au travail via les facteurs organisationnels, interpersonnels et personnels :	36
1) Facteurs organisationnels :	37
a) Environnement de travail :	37
b) Label Magnet Hospital :	38
2) Facteurs interpersonnels :	43
a) Le soutien social :	43
3) Facteurs individuels :	45
a) Le mindfulness :	45
b) Shiatsu :	46
I. Conclusion :	48
II. Cadre pratique :	50

A. Objectifs de recherche :	50
B. Questions de recherche :	50
C. Méthodologie :	51
D. Choix du type d'étude (sélection de l'institution, lieu de l'étude, type d'étude, période de l'étude) :	51
• Sélection des institutions :	51
• Lieu de l'étude :	52
• Type de l'étude :	52
• Période de l'étude :	52
E. Echantillonnage (critères d'inclusion et d'exclusions) :	53
• Pour les soignants :	53
• Pour les managers :	53
• Pour les GRH :	53
F. Méthode de recueil des données (guides d'entretien ; déroulements des entretiens) :	54
• Guides d'entretiens :	54
• Déroulement des entretiens :	55
G. Présentation des données :	56
III. Présentation et analyse des Résultats :	58
• Les soignants :	58
1. Qualité de vie au travail :	59
2. Bien être :	62
3. Mal être :	65
4. Stratégies de bien-être :	68
• Les Managers :	71
A. Qualité de vie au travail :	71
2) Mal être au travail :	75
3) Les stratégies de bien être :	76
A. Discussion :	78
1. La qualité de vie au travail :	78
2. Le bien être :	80
3. Le mal-être :	84
4. Stratégies de bien-être :	88
• Résumé :	90
Recommandations :	93
Limites et perspectives :	94
Les limites :	94

B. Perspectives de l'étude	95
Conclusion :	96
Bibliographie :.....	98
Annexes :.....	109
Guide d'entretien pour le personnel soignant :.....	109
Guide d'entretien pour les Managers :	111
Guide d'entretien pour les GRH :.....	113

Introduction :

Ma recherche du sujet de mémoire s'est d'abord orientée vers un sujet d'actualité qui était « le bien-être du personnel soignant face à la covid-19 ». Après avoir effectué des recherches et après discussion avec le promoteur Mr Gobert, je me suis rendue compte qu'au niveau de la littérature il n'y avait pas assez de ressources sur le sujet que je voulais aborder, pour répondre à ma question de recherche.

J'ai donc pris la décision de me diriger vers la thématique du « bien-être » concernant le personnel soignant hospitalier, hors contexte de la pandémie du covid 19. Bien que cette pandémie nous ait montré à tous à quel point la santé et la sécurité au travail sont essentiels pour la protection de la santé de nombreux travailleurs, mais aussi pour le fonctionnement de la société et surtout pour la durabilité des activités économiques et sociales.

Nous savons par des recherches scientifiques que le personnel soignant en tout genre fait quotidiennement face à des facteurs internes et externes qui jouent un rôle dans leur bien-être, que ce soit positivement ou négativement.

Le milieu hospitalier est un monde dans lequel le personnel soignant est sans cesse sous pression intense et répétée : il fait face à des facteurs de stress, qui sont souvent perçus dans l'ensemble de l'environnement physique, psychologique et social.

Les conditions de travail, souvent laborieuses, amènent le personnel à des difficultés pour mener à bien leur travail dans des conditions favorables. Certes la pénurie d'infirmières et infirmiers existait avant la crise du covid 19, mais elle n'en est devenue que plus aiguë surtout avec le manque de reconnaissance, le manque de valorisation salariale, le manque de personnel infirmier, et maintenant la vaccination qui devient obligatoire.

Dans mon mémoire, je vais essayer d'analyser la question du bien-être au travail dans deux services hospitaliers de la région bruxelloise. Depuis de nombreuses années la question du « bien-être au travail » est un sujet actuel qui fait beaucoup parler de lui dans notre pays, puisqu'il engendre souvent des désaccords entre les parties prenantes et donc souvent de nombreuses grèves en découlent.

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 50% des travailleurs disent être exposés au stress en permanence. Il est qualifié d'épidémie par Chanlat JF et coûterait à la société entre 185 et 269 milliards d'euros selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité

pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. De ce fait une directive a été émise en 2002 par l'union européenne (directive cadre 89/391/CEE), obligeant les employeurs de prendre en compte les effets du stress sur la santé de leurs employés.

De plus, selon l'OMS, « les mauvaises conditions de travail entraînent chaque année un total de 300 000 décès liés au travail et des pertes économiques représentant 4 % du produit intérieur brut de la Région européenne. Moins de 10 % de la population active a accès aux services de santé au travail dans de nombreux pays européens ».

Étant donné que je suis une infirmière je vis cette réalité au quotidien sur le terrain, c'est pour cela que j'ai choisi de travailler sur le contexte actuel et plus précisément sur le milieu hospitalier de la région bruxelloise.

En effet, dans notre société, le domaine médical n'échappe pas à la quête de la performance et à la réduction de personnel qui s'inscrit dans une restriction budgétaire, depuis 2014, imposée par Maggie de Block. De ces contraintes, en découlent le stress, la fatigue des équipes soignantes (hôpitaux, maisons de repos et structures extrahospitalières).

I. Cadre théorique :

Suite à différentes recherches, il me semble intéressant de se pencher sur certains termes à travers la littérature de ces principaux sujets afin de mieux comprendre le contexte et les raisons qui m'ont poussé dans le choix de cette étude.

Les notions de **bien-être** dans un premier temps seront abordées, pour ensuite, se pencher plus précisément sur les dimensions suivantes qui sont le **stress**, le **Burn out**, et les **risques psychosociaux**.

En général, la plupart des individus, associent la notion de bien-être au travail avec la notion de stress. Après l'éclaircissement des concepts, je m'efforcerais d'expliquer de manière brève et précise les notions de **performance individuelle** d'une part et **organisationnelle** d'autre part.

A. Santé et bien-être :

Définir le sens du **bien-être au travail** est assez complexe. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le **bien-être au travail** est » *un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre, d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail* ».

La notion de bien-être représente un état d'esprit global subjectif lié à la satisfaction, à l'épanouissement autant pour soi-même (son corps) que pour son esprit.

En Belgique, la législation sur le bien-être du 4 août 1996, oblige les employeurs à effectuer un diagnostic et à mettre en place un plan de charge psychosociale au travail. La méthode de diagnostic des charges psychosociales produit des attentes et amène à des plans d'action. De ce fait, cette loi distingue 7 domaines :

- 1. La sécurité au travail*
- 2. Protection de la santé du travailleur*
- 3. La charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.*
- 4. L'ergonomie*
- 5. L'hygiène du travail*
- 6. L'embellissement des lieux de travail*
- 7. Les mesures prises par l'organisation en matière d'environnement.*

La charge psychosociale est définie par l'Arrêté royal du 17 mai 2007 comme “ toute charge de nature psychosociale, qui trouve son origine dans l'exécution du travail ou qui survient à l'occasion de l'exécution du travail, qui a des conséquences dommageables sur la santé physique ou mentale de la personnes”

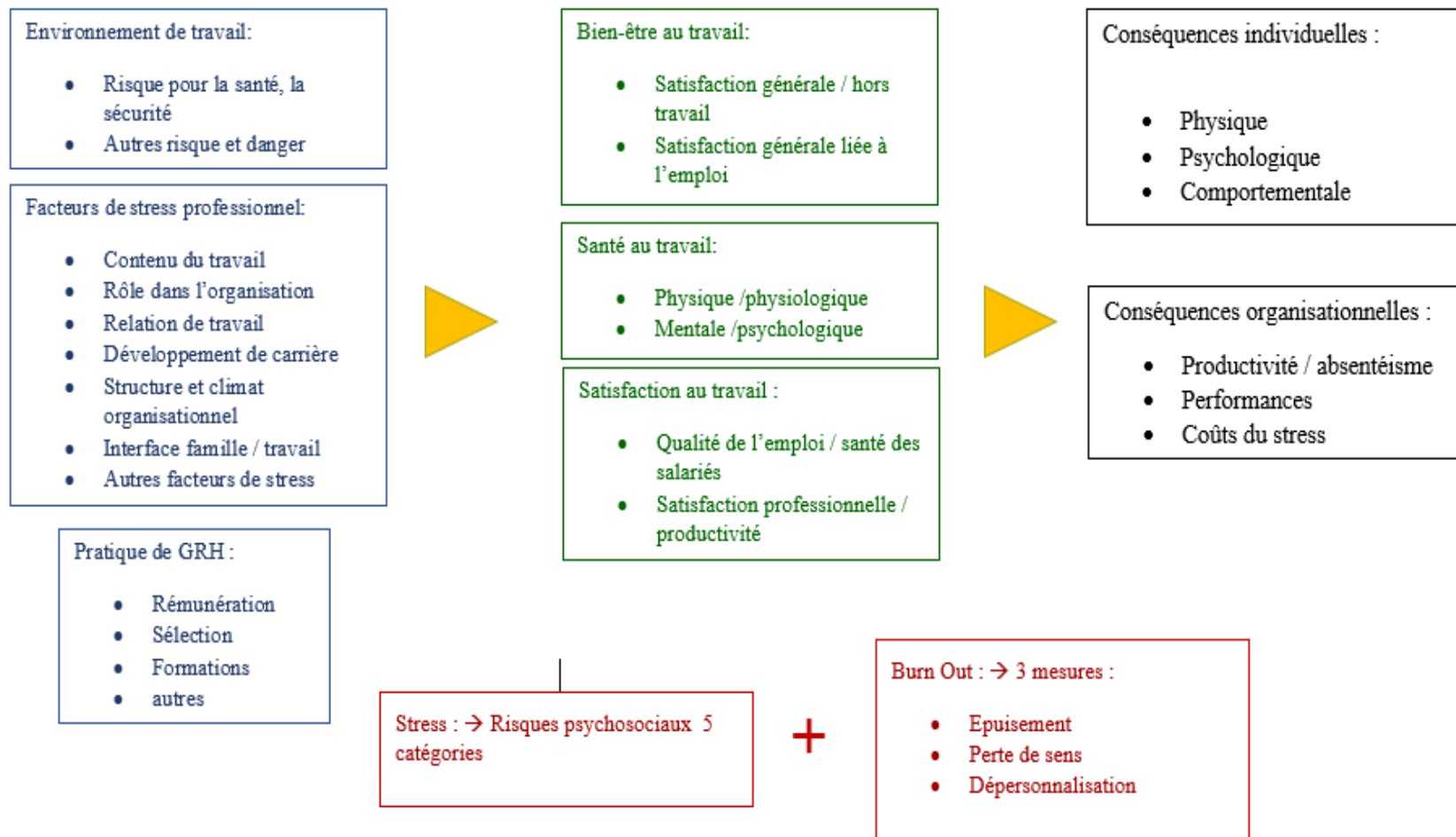
Plusieurs éléments sont à l'origine des charges psychosociales telles que le stress lié aux conditions de travail, la souffrance relationnelle vécue lors de certains conflits interpersonnels ou en groupe, la violence, le harcèlement.

Dans un environnement où la pression à la performance est omniprésente, l'efficacité d'une démarche de politique de bien-être passe inévitablement par celle de son impact sur la performance de l'organisation.

Dans notre travail, je me suis basé sur un modèle de référence inspiré de Danna & Griffin.¹

Ces auteurs ont mis en place un modèle qui représente les liens plausibles entre le bien-être d'une part et les conséquences individuelles et organisationnelles.

¹ Danna & Griffin (1999) : Health and well-being in the workplace (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/>



Dans ce modèle nous retiendront 4 concepts.

Premièrement, la notion de bien-être au travail, qui se réfère de manière générale à l'absence de maladie et handicap physique ou mental mais aussi à un sentiment d'épanouissement et de satisfaction dans l'environnement professionnel et extra-professionnel.

Deuxièmement, les antécédents du bien-être au travail c'est à dire les facteurs de risques et la sécurité du travailleur. De plus, nous pouvons aussi inclure les variables individuelles qui font trait à la personnalité du travailleur et qui exercent une influence sur le vécu du bien-être de celui-ci.

Ensuite, ce modèle distingue deux catégories de conséquences du bien-être au travail. En premier lieu, les conséquences individuelles comme par exemple la qualité du sommeil ou l'épanouissement. Deuxièmement, on met le point sur l'analyse du bien être sur la performance globale de l'organisation.

B. Mal être au travail / souffrance au travail :

a) Le stress :

- Les définitions du stress au travail selon l'INRS et l'OMS

Selon l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre.

Les mécanismes du stress	
<i>Les trois phases du syndrome général d'adaptation face à une situation stressante</i>	
Réaction d'alarme	Dès la confrontation à une situation stressante, des hormones sont libérées par l'organisme, qui ont pour effet d'augmenter la <u>fréquence cardiaque</u> , la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle et de provoquer une vasodilatation des vaisseaux des muscles. Toutes ces modifications ont pour but d'amener l'oxygène aux muscles et au cœur et ainsi de préparer l'organisme à réagir.
Résistance	Après l'alarme, un second axe neurohormonal est activé, préparant l'organisme aux dépenses énergétiques que nécessitera la réponse au stress. De nouvelles hormones sont sécrétées : elles augmentent le taux de sucre dans le sang pour apporter l'énergie nécessaire. Elles ont la particularité de pouvoir freiner leur propre sécrétion par rétroaction.
Épuisement	Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, les capacités de l'organisme peuvent être débordées : c'est l'état de stress chronique. Pour faire face à la situation, l'organisme produit toujours plus d'hormones et le système de régulation naturel devient inefficace. L'organisme, submergé d'hormones, est en permanence activé. Il s'épuise.

Source : INRS

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le stress lié au travail est l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leurs capacités et qui remettent en cause leur aptitude à faire face.

Le stress est « Un état accompagné de plaintes, dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, lorsque l'individu se sent inapte à combler un écart entre les exigences ou les attentes le concernant ». (Accord européen du stress octobre 2004).

Le stress peut entraîner des conséquences sur la quasi-totalité des aspects de la santé. Le stress peut se traduire par des troubles variés, un mal-être...

- Les modèles de mesure du stress

Les notions de bien-être psychologique ou de stress, sont subjectives, et restent jusqu'à présent floues et peu définies. Il est donc difficile de les qualifier et de les mesurer. Un certain nombre d'indicateurs collectifs sont connus et à la disposition des organisations. Ils informent de l'ampleur des problèmes de santé psychologiques et permettent de cibler les travailleurs les plus exposés : l'absentéisme, les accidents du travail, les mouvements de personnel, la performance

² INRS : « Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action »

https://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1_mono.html#:~:text=Le%20%C2%AB%20job%20strain%20%C2%BB%20est%20d%C3%A9fini,%C3%A0%20risque%20pour%20la%20sant%C3%A9.

organisationnelle, les relations de travail, le harcèlement, les incivilités, les programmes d'aide aux employés... Mais pour objectiver l'existence de stress au travail, on recherche plus souvent ses causes que ses conséquences.

Les modèles de mesure disponibles à ce jour peuvent être classés selon deux catégories :

- Les modèles généraux : qui ne mesurent que partiellement le stress, mais qui peuvent être utilisés dans tout type de domaines ;
- Et les modèles spécifiques : qui mesurent les facteurs de stress spécifiques à une population étudiée, mais que l'on ne peut utiliser que dans le secteur d'activité dont ils sont issus.

Les techniques les plus fréquentes sont le questionnaire et l'entretien. Le questionnaire a pour avantage d'être rapide. Il apporte des renseignements collectifs et anonymes. L'entretien est un outil plus flexible.

b) Les risques psychosociaux :

Une augmentation des pathologies dans le monde du travail, directement liées aux changements organisationnels, est observée depuis plusieurs années. Le concept de risques psychosociaux a été largement utilisé pour définir ces réalités qui nécessitent un besoin d'expertise croissant.

C'est en 2000 qu'apparaît pour la première fois la notion de « risques psychosociaux » notamment dans la presse (Thebaud-Mony, robatel, 2009).

Selon la définition trouvée dans la littérature et selon l'Arrêté royal du 10 avril 2014, article 2, les risques psychosociaux au travail sont définis comme suit (Moniteur Belge, 2014):

« Pour le législateur, les risques psychosociaux (RPS) représentent « La probabilité qu'un ou plusieurs travailleurs subissent un dommage psychique, qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger ».

D'après la définition ce dommage peut être de deux types :

- Les dommages psychiques : comme l'épuisement professionnel ou Burn out ; le stress et certains troubles mentaux (troubles anxieux ...)

- Les dommages physiques : nous retrouvons en général les phénomènes psychosociaux en lien avec les besoins du travail qui causent des maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus, angor...) mais aussi des troubles gastro intestinaux (ulcères ...).

« En Europe, en 2000, l'OSHA2 définit le terme RPS comme "des risques de "stress", de violences externe et interne" » (Chouanière, 2017, p.5)

Comme dit le SPF emploi (2022), « *Les RPS sont complexes parce que leurs origines sont multifactorielles. Quelle que soit leur appellation, ou la classification qui en est établie, toutes ces composantes peuvent comporter un danger* ».

Les risques psychosociaux sont également un risque pour l'entreprise en elle-même : la santé économique de l'entreprise est ainsi directement affectée par les RPS. Le coût des RPS à l'échelle européenne est de 617 milliards d'euros. Combattre le stress et les risques psychosociaux peut sembler être un coût très élevé, mais la réalité est que les ignorer entraîne des coûts encore bien supérieurs. Les organisations sont quant à elles affectées par les coûts liés à l'absentéisme, au présentéisme, à la diminution de la productivité ou encore à un roulement élevé du personnel. Les coûts des soins de santé et de la diminution de la rentabilité finissent par affecter les économies nationales et la société.

« Une notion forgée dans l'urgence, révélatrice de l'emballement devant la montée des préoccupations, indicateurs, symptômes de 'nouvelles pathologies', de 'nouveaux phénomènes' et notamment la multiplication des dépressions et des suicides sur le lieu de travail ou en lien avec lui (Lhuillier, 2009a, 2010b).

Le risque dit « psychosocial » (RPS) devient l'un des enjeux incontournables auquel les entreprises doivent faire face (Gollac et Bodier, 2011 ; Valléry et Leduc, 2012).

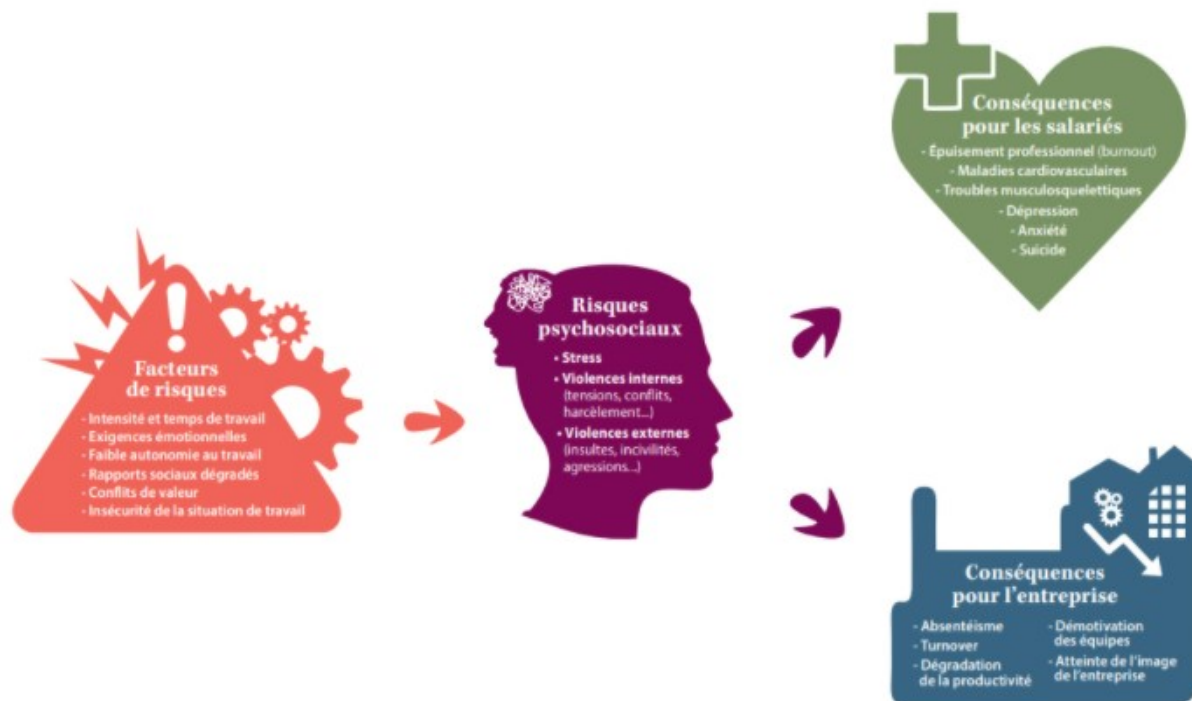
Les causes :

Les causes et les risques psychosociaux sont dus à de nombreux facteurs qui en sont à l'origine : la réorganisation des méthodes de travail, l'apparition de nouvelles organisations et de nouvelles technologies, les travailleurs sont exposés à des risques psychosociaux, voir à des troubles psychosociaux (mal-être, inquiétude, souffrance ou stress dont l'origine est l'environnement professionnel). (Dejours & Gernet, 2016).

Les facteurs qui peuvent influencer les RPS sont multiples, mais sur base des travaux et d'experts, les RPS ont été regroupés en 6 catégories. Gollac et Bodier (2011) ont regroupé six

principaux facteurs de risque: « intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail ». Il faut reconnaître que « disposer d'une liste de facteurs de stress est un outil intéressant pour une première approche du stress dans l'entreprise » (Gobert. P, 2020).

- Intensité et temps de travail : comprend les notions d'exigences psychologiques, les contraintes de rythme, les longues journées de travail, les horaires de travail...
- Exigences émotionnelles : liées à la maîtrise de ses propres émotions, de les cacher ou pas.
- Manque d'autonomie : cela désigne le fait de pouvoir être acteur dans son travail. Elle inclut l'auto-organisation (l'autonomie professionnelle), la participation aux décisions et l'évolution des compétences professionnelles (accroître ses connaissances autant intellectuelles que pratiques).
- Rapports sociaux au travail dégradés : les relations de travail avec les membres de l'équipe, la hiérarchie, les procédures d'évaluation du travail ...
- Conflits de valeurs : correspond à l'ensemble des conflits intrapsychiques c'est-à-dire entre ce qui est exigé et les valeurs professionnelles, personnelles de la personne.
- Insécurité de la situation de travail : représente l'insécurité socio-économique (peur de perdre l'emploi,) et le risque de changement des conditions de travail ...



3

Un des rôles essentiels de l'employeur est mettre en place des stratégies afin de prévenir les risques psychosociaux au travail et de ce fait éviter les dommages causés chez les soignants qui peuvent entraîner des dépressions, de l'anxiété mais aussi des suicides. Les stratégies mises en place pour éviter tout ceci seront abordées plus tard dans le mémoire.

c) **Burn-out :**

Qu'est-ce que le Burn- out ?

« Un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement (physique et émotionnel), un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces ». (Schaufeli & Enzmann, 1988).

³ Source : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

L'épuisement professionnel est surtout connu sous l'appellation anglaise Burn out. Selon **l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)**, il se caractérise par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail.

Selon la Haute Autorité De Santé (HAS) : Le Burn out – ou syndrome d'épuisement professionnel – désigne un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». Il se caractérise par un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Concrètement, face à des situations de stress professionnel chronique, la personne en burn out ne parvient plus à faire face.

- **Emergence du concept de « burn out » :**

Au départ on ne parlait pas de Burn out mais « d'état d'épuisement au travail »

Le concept de Burn out a fait son apparition dans les années 70 avec le psychanalyste américain **Herbert Freudenberger** considéré comme le père spirituel du syndrome de burn out. À la suite d'une expérience dans une free Clinic new-yorkaise, l'auteur utilisera dans ses écrits le terme de « Burn out ».

Lors de ses interventions, Freudenberger a pu se rendre compte à l'aide d'un groupe de jeunes volontaires travaillant auprès de patients toxicomanes, qu'ils présentaient certains symptômes : fatigue excessive, maux de tête, insomnie, vulnérabilité accrue aux refroidissements, irritabilité, méfiance, frustration, attitude cynique et dépression... ces plaintes étaient évoquées par ces travailleurs.

Le psychanalyste a regroupé l'ensemble de ces symptômes sous la notion de « Burn out ».

Une autre intervenante s'est intéressée à ce phénomène de Burn out. Il s'agit de la psychosociologue **Christina Maslach** qui, pour décrire l'état d'épuisement et les attitudes cyniques chez les avocats commis d'office, a utilisé également le terme de Burn out. Elle a mis en place, avec son équipe, un instrument de mesure en 1981 « le Maslach Burn out inventory MBI » qui évalue l'état d'épuisement d'un individu.

La définition du Burn out qui est retenu aujourd'hui est celle de Christina Maslach : « Le Burn out est un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus ».

- **Caractéristiques du « Burn out »**

Le syndrome du Burn-out recouvre trois dimensions :

- a) L'épuisement émotionnel : la personne se sent émotionnellement vidée, épuisée...
- b) La déshumanisation de la relation à l'autre : ne plus percevoir l'autre comme un humain mais plutôt comme un rien.
- c) La perte de performance : se caractérise par une perte de confiance en soi mais aussi un sentiment d'être inefficace dans le travail accompli. L'individu est dans une impasse.

Voici quelques symptômes du burn out :

- « 4 symptômes principaux du burn out

- Epuisement physique et psychologique ;
- Distanciation mentale du travail caractérisée par un retrait mental/physique ;
- Perte de contrôle cognitif caractérisée par des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration et de performance qui sont dus à une perturbation du fonctionnement cognitif ;
- Perte de contrôle émotionnel caractérisée par des réactions émotionnelles exacerbées et une faible tolérance.

- Autres symptômes secondaires du burn out : humeur dépressive, souffrance psychologique et plaintes psychosomatiques.

- La tension nerveuse (stress) constitue, quant à elle, un premier signe de burn out et est souvent le premier motif de demande d'aide ». (Desart, Schaufeli & De Witte, 2017).

C. Les sources du mal-être au travail :

a) Facteurs organisationnels du stress :

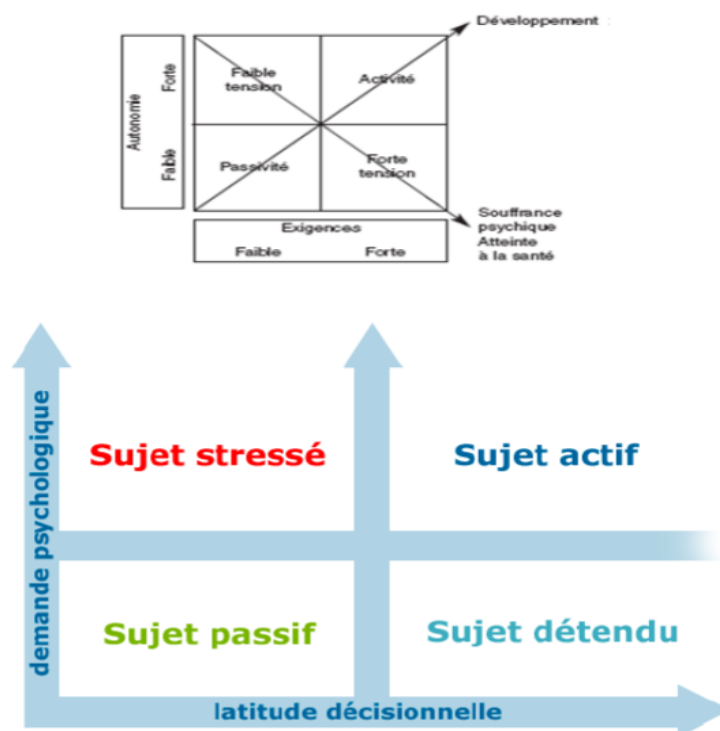
- La conception du travail

Certains facteurs de travail sont malgré eux impliqués dans la favorisation du stress. Il s'agit d'abord de la charge du travail qui peut être déclinée en charge mentale, physique ou encore émotionnelle. Ensuite, le second facteur concerne l'autonomie ou la latitude décisionnelle du

travailleur. Ces deux facteurs sont représentés dans le célèbre modèle bidimensionnel de Karasek (1979).

Ce modèle est essentiellement utilisé dans les études épidémiologiques pour évaluer la santé mentale au sein de l'entreprise. Il met en évidence les facteurs de stress inhérents à l'organisation du travail et non aux caractéristiques individuelles des travailleurs. Les résultats obtenus, par l'intermédiaire d'un questionnaire d'évaluation collective, permettent de faire le lien entre la façon dont est vécu le travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Ce modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail qui se caractérise par la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une autonomie décisionnelle faible augmente le risque de développer un problème de santé physique ou mentale⁴.

Modèle du stress de Karasek et Theorell (1990)



Karasek a montré que les risques de santé augmentent en présence d'un faible degré de contrôle de la tâche associée à des demandes professionnelles importantes.

⁴ Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek
<https://www.atousante.com/risques-professionnels/stress-professionnel-questionnaire-karasek/?fbclid=IwAR16ThHI7YfsbIDDbFyIDMsQwwxhDXqx->

La combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle constitue une situation à risques pour la santé selon Karasek.

→ L'individu est détendu, s'il possède une faible demande psychologique et une grande autonomie pour réaliser son travail.

→ L'individu est actif, s'il bénéficie d'une forte demande psychologique mais aussi d'une grande autonomie.

→ Cependant un sujet est passif, s'il bénéficie à la fois d'une faible demande psychologique et d'une faible autonomie.

Une situation de travail génère du stress si elle est associée à : des exigences élevées au niveau du travail, peu ou pas de contrôle sur son propre travail et un soutien social faible de la part de l'équipe de travail ou de la hiérarchie.

- Les horaires de travail :

Deux concepts doivent être distingués dans les horaires de travail : la durée et la flexibilité de ces horaires du travail.

Plusieurs faits peuvent expliquer que dans certaines organisations la durée de travail augmenté proportionnellement à la réduction des effectifs, ayant pour conséquence que les travailleurs doivent supporter une plus grande charge de travail pour satisfaire la demande. « Ces longues heures de travail supplémentaires provoquent des répercussions plus ou moins graves telles que la baisse du bien-être au travail, l'adoption de comportements nuisibles pour la santé et des difficultés relationnelles.

La flexibilité des horaires du travail peut comporter certains avantages : gestion en parallèle de la vie familiale et professionnelle qui permettent de réduire le stress, faire diminuer l'absentéisme et par ailleurs augmenter le moral et l'autonomie de la personne »⁵

Malgré cela, des inconvénients peuvent exister essentiellement liés à des problèmes de supervision et de coordination des employés au vu des différents horaires.

Le modèle de Siegrist créé dans les années 90 nous le prouve. Comme le modèle de Karasek, il est souvent utilisé dans les études épidémiologiques du stress au travail. Dans une situation de

⁵ Work Cultures and Work/Family Balance, Journal of Vocational Behavior
Volume 58, Issue 3, June 2001, Pages 348-365
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001879100917597>

stress, l'individu évalue l'effort par rapport à la récompense. Il y a stress quand l'effort fourni est évalué comme n'étant pas « payé en retour ». Deux types d'efforts sont considérés :

- Les efforts extrinsèques : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, charge physique, augmentation de la demande ;
- Les efforts intrinsèques : besoin d'approbation, compétitivité et hostilité latente, impatience et irritabilité disproportionnées, incapacité à s'éloigner du travail. Ils traduisent les attitudes et les motivations liées à un engagement excessif dans le travail. Cet engagement peut être lié au sens du devoir, à un besoin inné de se dépasser ou encore à l'expérience auto gratifiante de relever des défis ou de contrôler une situation menaçante.

- Les relations de travail :

Les relations au travail peuvent avoir à la fois des effets négatifs et à la fois des effets positifs. Nous avons pris en considération les relations entre collègues et la relation avec le supérieur hiérarchique. Dans ce contexte, une dimension vient compléter le modèle de Karasek développé plus haut qui est le soutien social.

À propos des relations entre les collègues, la confiance est un principe fondamental. Le manque de confiance peut engendrer un effet négatif sur la définition du rôle du travailleur, de sa satisfaction au travail et de manière générale son bien-être psychologique.

Concernant la relation avec le supérieur hiérarchique, des effets néfastes comme le stress peuvent être causés par le style inapproprié du manager. Un manque de communication, de consultations par rapport aux décisions, imprévisibilités des comportements, dévalorisation des travailleurs, ... sont la preuve d'un management inefficace.

Inversement, le support du manager, la qualité de la communication ou encore le leadership ont un impact positif sur le bien-être des travailleurs.

Finalement, le support social peut se définir comme la quantité et la qualité du soutien social apporté par les supérieurs et les collègues. Les facteurs de stress peuvent être énormément influencés par le soutien et la reconnaissance qui proviennent essentiellement du supérieur, des collègues, de la famille et des amis.

- Structure et climat de travail :

Des effets néfastes sur la santé peuvent être causés par exemple par le manque de participation, de communication, consultations des employés. Ce qui peut contribuer à favoriser le bien-être des travailleurs sont les pratiques de managements qui visent à associer à la fois les intérêts de l'organisation et le bien-être des employés.

- Gestion de la vie personnelle et professionnelle :

Il a été mis en évidence que gérer une carrière professionnelle et une vie privée n'est pas de tout repos. Une mauvaise organisation peut créer des tensions au sein du couple par exemple et conduire à un stress. Ce stress peut éventuellement déteindre sur le lieu de travail et ainsi faire entrer l'individu dans un cercle vicieux.

b) Coping :

Le stress constitue aujourd'hui un enjeu majeur dans le monde du travail, car ses répercussions sur la main-d'œuvre, sur les organisations et sur la société en général prennent une ampleur considérable (Côté, Tremblay et Styve Audrey, 2012).

Comprendre pourquoi et comment, une personne adopte des comportements menant à des conséquences adaptées ou non dans des contextes représentant un enjeu majeur, non plus uniquement en termes de prévention des risques pour la santé et le bien-être, mais également en termes d'optimisation de la performance.

Le coping est un concept assez récent, puisqu'il apparaît pour la première fois dans un ouvrage de Richard LAZARUS, « Psychological Stress and Coping Process » (1966), où il désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes.

Selon la littérature le coping peut être défini comme :

« Le coping représente l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant que déploie l'individu pour gérer les exigences spécifiques internes/ ou externes, évaluées comme consommant ou excédant ses ressources ». (Lazarus & Folkman, 1984). « Bien que généralement envisagé comme un mécanisme explicatif des liens entre l'expérience d'évènements stressants et leurs conséquences sur le bien-être psychologique et la santé physique » (e.g Bruchon-Schweitzer, 2002), le coping peut s'avérer également central pour

expliquer les liens complexes entre le stress et l'adaptation psychologique aux situations de performance.

Cette définition met en avant que le coping est un processus qui change continuellement.

Selon LAZARUS et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : « il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème ». (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b ; LAZARUS et LAUNIER, 1978).

Il existe deux stratégies de coping qui ont été étudiées par Lazarus et Folkman (1984b).

La première stratégie est le coping centré sur le problème. Pour Lazarus cette stratégie « *vise à réduire les exigences de la situation et / ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* ». Le coping centré sur le problème se compose de deux facteurs plus petits : « la résolution du problème » et « l'affrontement de la situation ».

La seconde stratégie est le coping centré sur l'émotion : « il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelles, psychologique, cognitive, comportementale...) ». (Lazarus et Folkman, 1984b).

Un individu peut avoir recours à des réactions de coping centrées sur le problème et en même temps centrées sur l'émotion face à la même situation.

D. Les conséquences du stress :

Une accumulation de stress peut en effet entraîner des conséquences importantes sur la santé et donc entraîner à la longue un dommage psychosocial réel.

Selon des recherches le stress coûterait au niveau Européen 20 milliards d'euros et il serait à l'origine de 50 à 60 % des journées de travail perdues (Étude INRS sur le coût du stress professionnel 2007). Mais aussi, La Commission européenne constate que : « chaque année, plus de 4 000 travailleurs succombent à des accidents du travail et que plus de trois millions sont victimes d'accidents graves engendrant un arrêt de travail de plus de trois jours. Lors d'une enquête, 25 % des travailleurs ont déclaré que le travail a eu des effets essentiellement négatifs sur leur santé. Cela engendre non seulement beaucoup de souffrances humaines, mais conduit également à des coûts élevés et inacceptables pour les employeurs et la sécurité sociale ».

Le coût et l'impact jouent un rôle important pour maintenir une activité adéquate ainsi que les performances de celle-ci.

a) La performance individuelle :

Depuis le début des années 1990, de nombreux travaux émergent sur la performance individuelle au travail, mais nous allons nous pencher plus particulièrement sur deux d'entre eux :

Campbell (1990) : définit la performance individuelle au travail comme « Un ensemble de comportements ou d'actions qui sont pertinents pour les objectifs d'une organisation et pouvant être mesurés en termes de niveau de compétence et de contributions aux objectifs »

Plus récemment, selon Motovildo (2003) : « La performance au travail est définie comme la valeur totale attendue par l'organisation des épisodes de comportements discrets qu'exerce un individu pendant une période donnée ».

Ainsi, « La performance individuelle est le comportement que l'organisation valorise et qu'elle attend de ses employés. Elle représente un ensemble agrégé de comportements discrets qui influenceraient positivement la réalisation des objectifs organisationnels (productivité, créativité, profitabilité, croissance, qualité, satisfaction des clients) et que l'individu déploierait sur différentes périodes (les épisodes de comportement : motivation, habileté, savoir-faire, qualité du travail, etc. »

b) La performance organisationnelle ou collective :

La performance organisationnelle est la capacité pour l'organisation de créer de la valeur pour les différentes parties prenantes ou partenaires. Ainsi,

1. Pour les investisseurs elle doit se traduire par une augmentation de la valeur boursière ;
2. Pour les salariés par la qualité du climat de travail ;
3. Pour les consommateurs par la qualité des produits ou services offerts ;
4. Pour le citoyen par les contributions de l'organisation au développement de la communauté.

Son appréciation porte donc sur des aspects variés. Elle sera donc mesurée en fonction d'indicateurs dont le choix et l'interprétation diffèrent selon les preneurs de décisions, leurs objectifs, la période prise en compte par exemple.

E. Les différentes préventions dans les milieux de travail :

Dans cette partie, je vais établir le portrait des approches de prévention intégrées recensées dans la littérature scientifique.

Comme j'ai pu le mentionner précédemment, plus précisément dans la notion de bien-être, il existe une réglementation européenne pour la santé au travail.

Pour cela l'OMS fournit un soutien technique et politique aux pays européens pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Plan mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 (The Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017), en collaboration avec les gouvernements, les syndicats, les employeurs, les associations professionnelles et d'autres parties prenantes. L'OMS propose avec ce plan de concilier tous les aspects de la santé des travailleurs : La protection et la promotion de la santé au travail ; la prévention primaire des risques professionnels, les conditions d'emploi et une meilleure réponse des systèmes de santé (World Health Organization, 2007).

Le Plan mondial vise à renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux à évaluer et à éliminer les facteurs de risques dans l'environnement de travail. Ses objectifs généraux comprennent :

Tous les travailleurs devraient pouvoir jouir du meilleur état de santé physique et mental possible et de conditions de travail favorables. Le milieu de travail ne doit pas nuire à la santé et au bien-être. La prévention primaire des risques pour la santé au travail devrait être prioritaire. Toutes les composantes des systèmes de santé devraient être impliquées de façon intégrée aux besoins de santé spécifiques des populations actives. Le milieu de travail peut également servir de cadre pour la prestation d'autres interventions essentielles en santé publique et pour la promotion de la santé. (World Health Organization, 2007).

L'OMS n'est pas la seule à mettre en place des plans stratégiques, puisque face à la situation critique que le monde entier a connu par rapport à la Covid-19, la Commission Européenne s'est vu remettre à jour son engagement concernant les règles de sécurité et de santé au travail en mettant en place « **Le cadre stratégique de l'UE pour la santé et la sécurité au travail 2021-2027** ». Selon la Commission Européenne ce plan définit plusieurs actions nécessaires

pour l'amélioration de la santé et la sécurité des travailleurs. Ce projet se base sur 3 objectifs (Commission Européenne, 2021) :

- Savoir gérer les **changements** apportés par les transitions vertes, numériques et démographiques ainsi que les changements de l'environnement de travail traditionnel.
- Améliorer la **prévention** des accidents et des maladies.
- Accroître la **préparation** à d'éventuelles crises futures.

a) Au niveau national belge :

Il existe en Belgique une politique de prévention du bien-être au travail. La loi du 4 août 1996 (relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail), est la loi de référence dans le secteur de la sécurité et de la santé au travail. Elle regroupe des arrêtés d'exécution qui sont rassemblés dans le code du bien-être au travail.

Voici quelques points importants repris par la loi du 4 août 1996 :

- *« Chaque employeur doit mener une politique du bien-être basée sur les principes généraux (éviter les risques, les supprimer ou réduire à la source, préférer les mesures de protection collectives aux individuelles, veiller à la formation et l'information des travailleurs). Cette politique doit être intégrée dans le management complet de l'entreprise.*
- *Afin de détecter des risques pour les travailleurs, chaque employeur doit disposer d'un Service interne pour la prévention et la protection au travail.*
Pour certains aspects de cette mission, l'employeur devra cependant faire appel à un Service externe pour la prévention et la protection au travail. Ces services externes, dans lesquels diverses disciplines sont représentées, sont chargés de l'évaluation des risques. Au sein de ces services, des sections, agréées par les Communautés, sont chargées de la surveillance médicale des travailleurs ;
- *Réglementation relative au travail avec des tiers (travail sous contrat, sous-traitants), plus précisément l'échange d'informations et la coordination entre le maître d'ouvrage et l'employeur-tiers ou l'indépendant.*
- *Le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail.*
- *Le Comité pour la prévention et la protection au travail, avec comme principaux domaines de préoccupation :*

- *Dans les entreprises de plus de 50 travailleurs où aucun comité n'est institué, les missions du comité sont exécutées par la délégation syndicale ;*
- *Lorsqu'il n'y a pas de comité ou de délégation syndicale, les travailleurs eux-mêmes sont directement consultés.*
- *Réglementation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail, dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.*
- *Mesures pour prévenir la répétition des accidents du travail graves ».*

Ceci est nécessaire afin d'éviter au maximum les problèmes de santé et de sécurité liés au travail. Un employé qui travaille dans un milieu avec de bonnes conditions et qui se sent bien dans sa profession aura plus de chance d'être motivé et productif. Le taux d'absentéismes, et le taux d'accidents de travail, se verront quant à eux diminués. Ainsi les coûts et les charges sur les individus et la société seront réduits. (OSHA, 2014-2015).

En Belgique nous avons aussi le profil national belge pour la sécurité et la santé au travail (SST) qui a été élaboré selon la recommandation N°197 de l'organisation internationale du travail (OIT). La SST a pour objectif d'apporter des informations et des données constituant un inventaire de la situation en matière de SST dans le pays (sur la législation, les ressources humaines, les statistiques, la démographie...).

De plus, la Belgique met en place un plan stratégique national qui met en avant 4 objectifs principaux et des objectifs opérationnels pour chacun d'entre eux. Le plan stratégique est établi pour les quatre à cinq ans à venir et détermine les actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs. Elle est l'exécution du cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020.

- 1^{er} objectif : la promotion du travail sain et sûr : car il existe encore de nos jours de multiples accidents de travail, et des troubles liés à celui-ci.
- 2^{ème} objectif : renforcer la participation au marché du travail : faciliter l'apprentissage et la mise en pratique du bien-être au travail pour tous.
- 3^{ème} objectif : renforcer la prévention.
- 4^{ème} objectif : renforcer la culture de prévention.
-

b) Le comité pour la prévention et la protection au travail ou CPPT :

Le CPPT de quoi s'agit-il ?

Le CPPT a pour but de soumettre et d'apporter la mise en œuvre de moyens afin de favoriser le bien-être des travailleurs. Celui-ci est composé de représentants du personnel et de l'employeur.

Les établissements ayant plus de 50 salariés sont obligés d'instaurer un CPPT. En revanche, pour les entreprises qui comptent moins de 50 employés, la CPPT et les missions devront être exercées par la délégation syndicale ou les travailleurs eux-mêmes.

La CPPT se réunit au moins 1 fois par mois à chaque fois qu'une personne tierce de la délégation en fait la demande.

c) Qu'est-ce que la prévention primaire secondaire et tertiaire ?

• La prévention primaire :

Son objectif consiste à réduire l'incidence des phénomènes morbides liés à l'activité professionnelle. A ce niveau de prévention ou de maîtrise des risques professionnels, ce sont les moyens techniques à visée collective qui sont préférentiellement utilisés. C'est en tout état de cause le mode de prévention à privilégier.

Selon la santé au travail FP : « *Relèvent de la prévention primaire les actions de prévention au sens fort du terme, positionnées en amont des situations de risques qui visent à supprimer, voire réduire les risques. En matière de RPS, il s'agira d'actions touchant à l'organisation du travail, aux collectifs et relations de travail, au management, au fonctionnement des services. Elles visent à modifier les conditions concrètes de l'activité des agents en supprimant -ou en réduisant fortement- les causes des situations génératrices de RPS.*

Cette prévention fait surtout appel à des actions orientées autour des processus organisationnels sur :

- Les rôles et missions (processus de prises de décisions, les acteurs relais),*
- Le management (son positionnement, le cadre et la nature de la prescription),*
- La conception des postes, sur les espaces de dialogue pour des échanges métiers ».*

- **La prévention secondaire :**

Son objectif est de réduire la prévalence de la morbidité en rapport avec l'activité professionnelle. Pour des raisons essentiellement techniques voire économiques, il existe et persiste un certain nombre de risques dans l'entreprise. Cependant la recherche constante de solutions pour les réduire à un niveau aussi bas que possible reste une obligation pour l'employeur. Les moyens de prévention sont à la fois de nature technique et médicale.

Toujours selon la Santé au travail FP :

« Relèvent de la prévention secondaire les actions de prévention qui visent à réduire les atteintes à la santé des individus en les aidant à mieux gérer les situations à risques. En matière de RPS, toutes les formations à la gestion du stress et des situations de violence entrent dans cette catégorie. La cible reste les agents eux-mêmes pour renforcer leurs ressources personnelles pour faire face aux situations à risques. »

Cette prévention fait surtout appel à la mise en œuvre de moyens de protection :

- *Des actions orientées autour des populations sur la formation de groupes métiers (décalage sur le métier, gestion des compétences...),*
- *Sur le contrôle et le suivi du personnel ».*

- **La prévention Tertiaire :**

Son objectif consiste à éviter l'aggravation des maladies ou des handicaps existants d'origine professionnelle ou extra-professionnelle et à favoriser l'insertion ou la réinsertion des personnes handicapées dans le milieu professionnel.

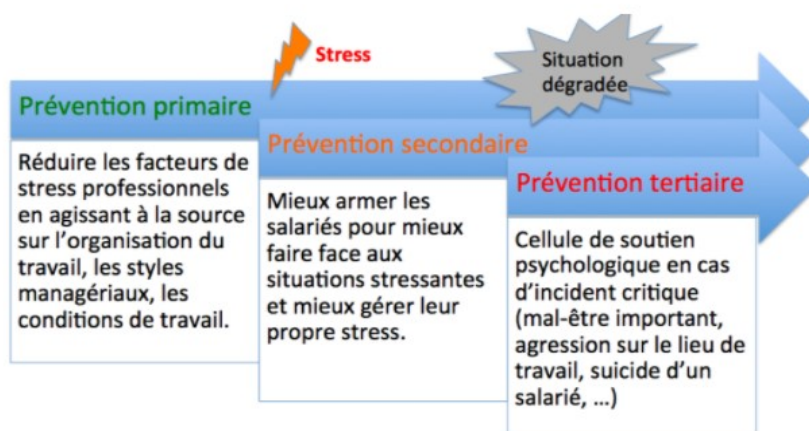
Pour finir, selon la santé au travail FP :

« Relèvent de la prévention tertiaire les actions de prévention plutôt curatives lorsque le dommage a eu lieu. Il s'agit d'en limiter les conséquences sur les individus. En matière de RPS, il s'agira par exemple de mettre en place une cellule psychologique à l'écoute des agents après une agression. »

Cette prévention fait surtout appel à des actions orientées autour de l'individu et des collectifs de travail sur :

- *Le soutien psychologique, les réunions de discussion et d'échanges pour mieux gérer les conflits,*
- *L'adaptation des postes de travail aux spécificités individuelles, parfois en lien avec de l'inaptitude (aménagement des horaires et des temps de travail) ».*

La prévention primaire agit en amont de manière à diminuer le risque d'exposition ou l'exposition du salarié à des risques identifiés. Elle est appropriée à répondre au risque psychosocial.



6

F. Rôle du manager dans la prévention :

Le dictionnaire Larousse définit le manager comme : « *Faire du management, organiser, gérer quelque chose, diriger une affaire, un service, etc* ». À cela s'ajoute celle d'Olivier Parent du Chatelet et al. qui définit « *le manager comme une personne ayant une double action. La première est celle de répondre aux exigences de transparence par rapport au marché financier. Il doit mesurer l'activité dans un ensemble d'activités et évaluer la performance. La deuxième est celle qui se déroule sur le terrain : animer les équipes, organiser le travail, déléguer, assurer le leadership, tout en favorisant la cohésion et l'esprit d'équipe. En plus de cela il doit gérer le budget et les ressources humaines* ».

Enfin, Anne Dietrich dans l'article "Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène", situe le manager entre la direction générale et les exécutants. Leur position est :

⁶ Source schéma : lefacteurhumain.com

- "Entre une hiérarchie (qui fixe des objectifs, contrôle le travail et ses résultats, impose des moyens, des façons de faire) et des subordonnés à mobiliser,
- Entre la pression des objectifs et celles des contingences du travail au quotidien : pannes, aléa, absentéisme des salariés, débrayages, risques de conflits."

Il est un agent sous la supervision du DRH. Il doit produire des résultats, gérer le personnel dont il a la supervision. Il transpose la vision du DRH sur le terrain et de ce fait le manager doit rendre des comptes à la direction des ressources humaines.

Le rôle de ce dernier est en pleine évolution : les travailleurs souhaitent le considérer comme un partenaire, un guide humain qui les accompagne plutôt qu'un chef autoritaire. Aujourd'hui aux yeux des travailleurs, un bon manager est un patron qui donne du sens au travail effectué, qui est à l'écoute de ses collaborateurs et avec lequel un climat de confiance est instauré. En 2008, Jean-Pierre Brun relate : « À chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou un facteur de protection pour la santé de ses équipes » (Brun in Olié & Légéron, 2016).

Richard Delaye et Stéphane Boudrandi déclarent dans leur article que le manager : « éprouve souvent de grandes difficultés à réunir les intérêts de son équipe et les attentes de la hiérarchie ce qui peut engendrer une grande source de stress ». (Delaye & Boudrandi, 2010).

G. Rôle de la GRH dans la prévention :

La GRH de gestion a deux fonctions principalement selon Anne Dietrich : premièrement considérer cette fonction au même niveau que la fonction financière, commerciale ou logistique car elle doit participer à l'activité et l'efficacité de l'institution. La GRH est une fonction à part entière mais ne l'a pas toujours été historiquement. Elle est sous la supervision du directeur générale et fait souvent partie du comité de direction. Le GRH a un budget qui reprend les salaires, le développement des compétences et celui de l'entreprise. Sa deuxième fonction est de voir la gestion comme une démarche en trois phases présentes dans les ressources humaines (l'administration du personnel, la gestion des ressources humaines, le développement social) mais aussi dans d'autres domaines dans et hors de l'entreprise. Il est aussi le superviseur du manager. Il a une vue globale de l'organisation.

Le gestionnaire des ressources humaines à 3 activités principales selon Maurice Thévenet et al. : les activités, les personnes et le temps.

- L'activité :

Il ne peut y avoir gestion de personnel que s'il y a des activités, qui forme l'organisation. Ce dernier avec le personnel s'ajuste l'un par rapport à l'autre. Certaines activités qui ont existés autrefois, n'existent plus aujourd'hui simplement car ces activités ne sont plus adaptées ou parce que la demande n'est plus suffisante. La gestion du personnel, comprend l'activité et le travail.

L'activité est divisée en tâches, qualifications, compétences et organisations. Les tâches du gestionnaire sont donc :

- Organisation du travail ;
- Structure ;
- Tâche ;
- Conditions de travail ;
- Process ;
- Règles et procédures ;
- Projets ;
- Faire évoluer les structures ;
- Constituer des équipes et des groupes de projet ;
- Améliorer les process.

Les personnes :

Il s'agit de la partie la plus visible du GRH qui comprend les taches suivantes :

- Sélectionner et recruter ;
- Affecter ;
- Contrôler ;
- Rémunérer ;
- Assurer les conditions de vie au travail ;
- Gérer la carrière ;
- Former ;
- Licencier ;
- Assurer les relations sociales ;
- Évaluer.

« Cette liste non limitative peut se structurer de différentes manières :

- Selon les étapes de la relation entre employeur et salarié du début jusqu'à la fin du contrat ;
- Selon que l'on envisage la relation avec l'individu ou le collectif (dans les relations sociales) ;
- Selon les fonctions à remplir concernant le personnel pour que l'activité soit assurée » (Maurice Thévenet et al.).

- Le temps :

Au quotidien :

La gestion des personnes et des activités s'inscrit dans le temps. Souvent il s'agira de gérer des échéances en sachant que la GRH a une temporalité qui lui est propre. Il doit gérer les petites choses à court terme comme s'assurer que tous les postes sont tenus, les absences et les remplacements, gérer les conflits, les accidents du travail...

- Résultats :

Préparer les plans de formation, évaluer les performances du personnel, établir des contrats de travail et des fiches de paie.

- Formation

Cela comprend le développement personnel, sa carrière, faire des référentiels de compétences, assurer l'apprentissage personnel et organisationnel.

- L'institution/l'organisation

Ce temps va au-delà des carrières, comme par exemple la culture.

H. Les stratégies pour améliorer le bien-être au travail via les facteurs organisationnels, interpersonnels et personnels :

L'un des objectifs principaux des directeurs du département infirmier et des ressources humaines est de mettre en place des stratégies efficaces afin de prévenir le stress, le Burn out et tous les facteurs qui pourraient avoir un impact direct sur le bien-être.

« L'humain est mû par trois besoins : l'auto-détermination, les connexions sociales et la compétence » Jacques Forest. Pour être heureux au travail, un employé a en effet besoin d'être reconnu, d'effectuer une tâche qu'il se sent capable d'effectuer et d'avoir une relation harmonieuse avec ses collègues et ses supérieurs.

« En plus du sentiment de bien être directement lié au travail, l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle est devenu un élément important du bien-être d'un individu depuis une dizaine d'années. Les gens sont prêts à gagner moins pour avoir de meilleures conditions de travail ». Jean Philippe Gauthier.

Les dernières approches stratégiques montrent que les changements sont plus facilement intégrés si l'entreprise s'appuie sur des compétences existantes reconnues et si la direction favorise l'apprentissage et le renforcement de ses compétences.

Pour manager il convient d'avoir des lectures aussi complètes que possible des organisations. Très schématiquement et de façon caricaturale il y a quelques années les modes de management pouvaient être positionnés sur une échelle selon trois situations : autoritaire, participatif, « laisser faire ». Aujourd'hui, il devient impératif de savoir adapter le management et les organisations à chaque contexte et les moduler en fonction des évolutions. Le management est autant une question de techniques que de savoir et de relations humaines.

Selon Lazarus et Folkman, ce n'est pas tant la nature de stresser qui peut avoir un effet sur la santé, mais bien la façon dont un individu juge la situation potentielle stressante (évaluation cognitive primaire) et ses ressources pour y faire face, le soutien social (évaluation cognitive secondaire).

1) Facteurs organisationnels :

a) Environnement de travail :

L'environnement de travail joue un rôle important dans la fidélisation, dans le bien être du personnel infirmier. Les GRH ont tout intérêt à créer des environnements de travail propices à la rétention du personnel infirmier, pour éviter une hausse d'absentéisme, et ainsi d'empêcher l'apparition de troubles psychologiques tel que le Burn out et le stress chez le personnel soignant. Il existe très peu de définitions à ce jour pour décrire clairement le phénomène de rétention, car il est très fortement lié à d'autres concepts comme l'intention de quitter ou encore le roulement. Il se définit néanmoins selon Barber et Bretz comme « l'intention et/ou la décision d'une personne de rester à l'emploi de son employeur actuel ».

Une meilleure répartition de la charge de travail et une organisation efficace en vue d'alléger le personnel infirmier dans les unités de soins constituent une première façon de maintenir les infirmiers à leur poste (Buchan, 2013).

Dans les hôpitaux, la présence d'un infirmier dans la plupart des unités de soins 24h/24h, et ce, tous les jours sans exception, constitue une obligation légale.

De ce fait, il est important de maintenir et garantir un juste équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée pour retenir les employés mais aussi pour attirer des infirmiers. L'utilisation

d'activités de conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée comme stratégie de réduction du roulement du personnel est essentielle pour toute organisation (Lyness & Judiesch, 2014). Cet équilibre entre le travail et la vie privée a le potentiel d'accroître l'engagement des employés et, par conséquent, d'augmenter leur fidélisation, car leur vie professionnelle n'interfère pas excessivement dans leur vie privée.

b) Label Magnet Hospital :

Le concept de « Magnet Hospital » ou « Hôpital magnétique » en français a émergé dans les années 1983 aux Etats unis, à la suite d'une étude menée par l'American Academy of Nursing (ANA).

Dans les années 80, les établissements de soins de santé américains ont dû faire face à des problèmes de recrutement et de rétention en raison d'une grave pénurie de professionnels de santé. Les chercheurs de cette association (ANA) se sont donc intéressés aux caractéristiques, de nature organisationnelle et professionnelle, susceptibles de favoriser la satisfaction au travail de ces professionnels, la qualité des soins, l'attraction et la fidélisation du personnel. Cette étude a, par la suite, permis de constater que certaines structures hospitalières réussissaient mieux, c'est-à-dire qu'ils avaient de bons résultats en termes d'attractivité et de maintien en poste du personnel soignant. Ces hôpitaux avaient moins de difficultés à recruter et retenir le personnel soignant que les autres hôpitaux du pays.

C'est alors que cette expression Magnet Hospital apparaît pour la première fois dans l'ouvrage intitulé « Magnet Hospitals : Attraction and Rétention of Professional Nurse », publié par l'American Academy of Nursing. Ce concept est issu, comme j'ai pu le mentionner précédemment, des résultats d'une étude qualitative conduite par entretiens auprès d'un échantillon de soignants et de directeurs de soins de 41 hôpitaux américains. Le concept Magnet Hospital signifie à l'origine « un établissement qui a la capacité d'attirer et de retenir le personnel soignant » (McClure et al., 1983).

Il s'agit d'un concept de ressources humaines de gestion de la fidélité des infirmières, dont l'unique but apparent est de servir leurs causes et améliorer leurs conditions de travail au sein de l'hôpital (Sibé & Alis, 2016).

Depuis une trentaine d'années, le Magnet Hospital est devenu un outil de labellisation développé par le programme de certification de l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) sous l'intitulé de Magnet Recognition Program®. Dès lors, il s'agit d'un «

établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques RH, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants » (ANCC, 2008).

Actuellement aux Etats-Unis, 400 établissements détiennent le label "Magnet Hospital".

Selon l'ouvrage « Stress, Burn out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif » de Boris Cyrulnik : le processus de labellisation ne cesse d'augmenter progressivement à l'étranger comme en : Australie, Nouvelle-Zélande, Canada. « Le MRP® est signalé régulièrement dans la littérature comme le « gold standard » en matière de qualité des pratiques infirmières » (Lundmark, 2008) ; ce terme de « Gold Standard » étant régulièrement utilisé dans le domaine médical ou soignant pour signifier une pratique qui a valeur de référence, pour établir la validité d'un fait.

En Belgique, l'hôpital universitaire d'Anvers (UZA) est devenu en 2017 le premier hôpital européen à avoir obtenu le label.

En 2008, Lundmark définit l'hôpital magnétique comme : « un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé. »

En 2009, Brunelle pointe l'importance de la notion de 'qualité de vie au travail' dans sa définition : « un hôpital où il fait à la fois bon travailler et bon se faire soigner. »

Actuellement, nous pouvons dire que les notions de fidélisation, qualité de vie au travail et performance définissent le concept de Magnet Hospital.

Comment définir et mesurer le magnétisme hospitalier ?

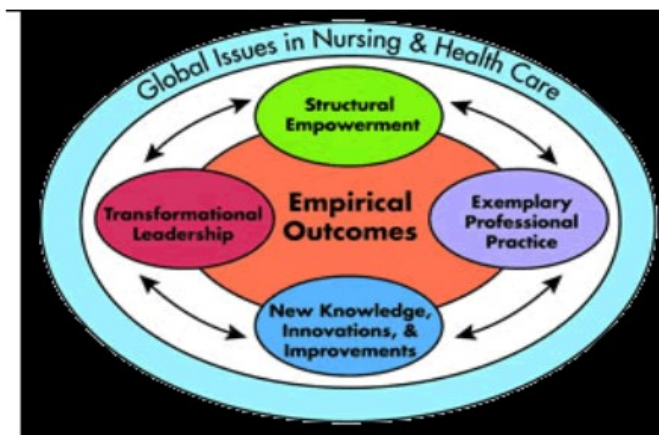
Kramer et Schmalenberg (2004, 2008) ont énuméré huit critères correspondant aux attributs d'un contexte Magnétique

- Une culture du soin centrée sur les besoins du patient ;
- Des soignants experts dans leur art ;
- Un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels ;
- Un leadership infirmier de type transformationnel ;
- Un mode de management participatif favorable à l'empowerment des soignants ;
- Un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants ;
- Une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique ;
- Une gestion des effectifs adéquate, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

Ces huit critères (conditions) traduisent ainsi les importants changements survenus dans la pratique infirmière et les milieux hospitaliers (Brunelle, 2009).

Comment un hôpital peut-il obtenir le label "Magnet Hospital" ?

Pour obtenir le label, les hôpitaux doivent s'engager dans une procédure volontaire de reconnaissance externe qui exige que ces derniers fassent preuve d'un haut niveau de réussite dans les cinq composantes du modèle Magnet, qui comprend (Karen et al, 2016) :



Source :
www.nursecredentialing.org/MagnetModel.aspx

7

▪ **Leadership transformationnel :**

Les leaders des hôpitaux sont chargés de transformer, ils doivent faire évoluer les valeurs, les comportements des professionnels de santé, les croyances. Les cadres doivent avoir une vision sur l'avenir, un minimum de connaissances cliniques solides et une expertise importante sur les pratiques infirmières. Afin de faire apparaître de nouvelles idées et des innovations, cela nécessite parfois une déstabilisation du personnel.

▪ **Empowerment structurel :**

Les hôpitaux détenant les labels magnétiques offrent un environnement de travail qui reconnaît le rôle d'infirmier et responsabilise les professionnels. Ils développent l'autonomie professionnelle.

▪ **Pratique professionnelle exemplaire :**

La source énergétique premium d'une organisation Magnet ce sont les pratiques infirmières d'excellence. Il est nécessaire de comprendre le rôle infirmier dans sa globalité, mais aussi de

⁷ Source : <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model>

savoir le mettre en place et de l'appliquer auprès des patients, des familles, des communautés... il faut à chaque fois mettre en pratique les nouvelles connaissances issues de la littérature et des recherches.

▪ **Améliorations, innovations et nouvelles connaissances** :

Les professionnels de la santé doivent être continuellement dans le développement de nouvelles connaissances, des innovations et dans le perfectionnement de leur pratique quotidienne.

▪ **Résultats empiriques** :

La question qui est posée aux hôpitaux Magnet est « quelle différence avez-vous fait ? ». L'objectif est de créer une organisation ayant des infirmiers dit d'excellence qui sont capables de trouver des solutions face aux nombreux problèmes qui se posent aux systèmes de santé. À la suite de ceci, les résultats obtenus doivent être classés par catégories différentes : résultats cliniques liés aux soins infirmiers, les résultats professionnels, les résultats pour les patients et pour finir les résultats organisationnels.

Quels sont les avantages des hôpitaux magnétiques ? :

Voici quelques effets des hôpitaux magnétiques, tels qu'identifiés dans la littérature :

Chez les professionnelles en soins :

- Un taux plus faible d'épuisement au travail
- Diminution du taux élevé de blessures
- Une satisfaction au travail plus importante

Chez les patients(e)s :

- Une diminution de la durée de séjour
- Une diminution de certaines complications
- Un degré plus élevé de satisfaction à l'égard des soins
- Un taux de mortalité moins important

Dans l'établissement :

- Une plus grande facilité à recruter et à retenir les professionnels en soins et, par conséquent, une diminution du taux de roulement pouvant avoir un effet sur l'organisation ;
- L'accès à une importante banque de candidatures qualifiées aux postes à pourvoir ;

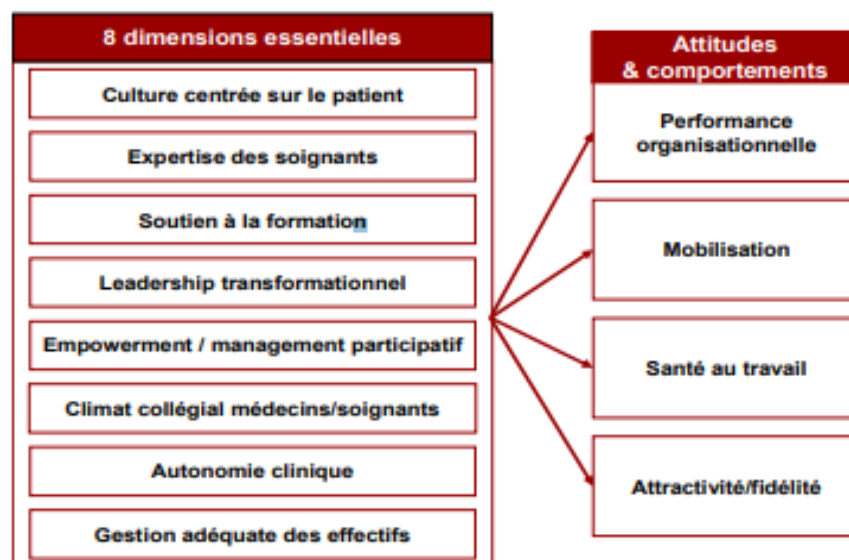
- Une image positive de l'établissement auprès de la population.

Outre la fidélisation du personnel soignant, le statut 'aimant' améliore la qualité, la sécurité et l'efficacité hospitalière (Sibé et Alis, 2016).

Comme mentionné précédemment, l'hôpital magnétique est historiquement un concept construit pour les soignants. Ainsi, le statut 'aimant' confère aux hôpitaux un niveau d'excellence en matière de soins infirmiers (Karen et al., 2016).

Suite à de nombreux résultats des travaux empiriques, voici de manière synthétique, le Magnet Hospital sous forme d'une illustration

Illustration : Modèle synthétique des causes-conséquences du Magnet Hospital



Nous pouvons voir dans l'illustration que nous avons un modèle de type causes – conséquences (du label magnet dans un établissement hospitalier). Les 8 dimensions essentielles de Kramer et Schmalenberg, sont associés à des effets d'attitudes et de comportements directs et positifs suite au Magnet Hospital instauré :

- Il y a une meilleure performance des soins (qualité et sécurité des soins, satisfaction des patients).
- Une plus grande mobilisation des soignants (satisfaction au travail, implication professionnelle, effort productif)
- Une meilleure santé physique et mentale (accidents du travail, accidents d'exposition au sang, burn-out).

- Une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation (absentéisme, intention de rester, turnover).

2) Facteurs interpersonnels :

a) Le soutien social :

Le soutien social est considéré par plusieurs auteurs comme une variable tampon produisant un effet protecteur contre les effets du stress, prévenant ainsi le développement d'une symptomatologie (stress buffering model) (Cutrona et Russell, 1990 ; Cohen et Wills, 1985 ; Cobb, 1976), alors que d'autres le considèrent comme une variable plus fondamentale à l'adaptation, ayant un effet direct sur la santé et le bien-être, et ce indépendamment des conditions de stress (Caron, 1996a ; Cooke, 1986 ; Thoits, 1983 ; Cassel, 1976). Bien que ces deux modèles soient les plus fréquemment utilisés pour rendre compte des effets du soutien social sur la santé, il existe plusieurs explications théoriques et de perspectives issues de différentes disciplines et qui sont recensées par Lakey et Cohen (2000).

Le facteur de protection de l'épuisement professionnel considéré comme le plus efficace est le soutien social, c'est-à-dire le réseau d'aide qu'une personne peut solliciter lorsqu'elle est confrontée à des situations professionnelles problématiques (Talmor et al., 2005, Wasburn-Moses, 2005, Doudin et al., 2009)

Le soutien social aurait un effet direct et positif sur la santé et ce, de diverses façons. Il en serait même le principal facteur d'augmentation du ressort et du dynamisme des employés. Le réseau social permettrait d'offrir des expériences positives régulières et un ensemble de relations sociales stables et renforçantes.

De nombreuses recherches montrent combien le soutien social est important pour la santé. Des chercheurs : House, Landis et Umberson en 1988 dans une méta-analyse ont démontrés que le soutien social était associé à une meilleure santé. Dans leurs recherches ils relatent le fait que les individus isolés ou les personnes étant le moins intégrés socialement sont physiquement et psychologiquement en moins bonne santé.

Il permettrait également la reconnaissance de la valeur personnelle et contribuerait ainsi à favoriser l'estime de soi.

Hobfoll, 2001 relie le soutien social à deux dimensions. La première, émotionnelle, recouvre des manifestations de confiance, d'empathie, d'amour ou de bienveillance. Le soutien social permettrait ainsi de consolider la personne et de renforcer ses capacités de régulation émotionnelle. Ce type de soutien est généralement prodigué par des proches (amis, conjoint, famille).

La seconde dimension, instrumentale, prend la forme d'une réflexion à propos de difficultés surgissant dans le contexte professionnel, d'informations pertinentes, de conseils ou d'une co-construction de solutions et permettrait à l'enseignant d'enrichir sa compréhension de la situation et de développer des compétences professionnelles pour intervenir. Il est plutôt offert par des professionnels (enseignants spécialisés ; équipe-santé ; médiateurs ; psychologues, etc.).

Le syndrome d'épuisement professionnel est une maladie qui est de plus en plus répandue dans la société dans laquelle nous vivons. Cela engendre beaucoup de tort aux personnes qui en sont victimes mais aussi aux proches, aux collègues, à l'organisation et à l'État.

Le soutien est un concept multidimensionnel que ce soit au niveau de ses formes que de ses sources (House, 1981). Il se manifeste sous plusieurs formes : émotionnelle, instrumentale, informationnelle et d'appréciation :

- Le soutien émotionnel représente une forme d'empathie, d'amour ou de confiance visant à aider une personne à surmonter des moments ou des épreuves difficiles.
- Le soutien instrumental se définit comme une aide sur le plan de la logistique et de l'organisation afin d'offrir à une personne un environnement plus favorable à son bien-être et à sa performance.
- Le soutien informationnel correspond aux informations, conseils ou renseignements offerts à une personne pour réduire son sentiment d'incertitude et de confusion, l'aider à s'adapter et à faire des choix.
- Pour finir, le soutien d'appréciation se base sur la reconnaissance manifestée à une personne lors de la réalisation d'une action ou d'un résultat.

Les sources de soutien peuvent être externes ou internes à l'organisation :

Pour les sources internes nous avons en général le soutien de l'organisation bien entendu, mais aussi celui des collègues, des supérieurs hiérarchiques... Concernant le soutien externe, il vient en particulier des ami(e)s, de la famille, des personnes proches.

D'après Wayne et al : « *Le soutien familial en matière de conciliation famille- travail permet d'offrir des ressources émotionnelles et affectives aux employés qui sont transférables dans leur travail* » (Wayne et al., 2006) ce qui permet d'harmoniser au mieux les responsabilités professionnelles et familiales (Greenhaus et al., 2012). Selon Friedman et Greenhaus (2000), : « *l'aide offerte par les membres de la famille peut permettre au travailleur de résoudre des problèmes personnels ou encore, de mieux résoudre ou relever des problématiques ou des défis professionnels. Grâce au soutien reçu du/de la conjoint(e), des amis ou des autres membres de la famille, le travailleur peut obtenir des conseils utiles et de l'affection qui vont l'aider à surmonter des situations difficiles* » (Ferguson et al., 2012 ; Grzywacz et Marks, 2000 ; Noor, 2002).

Dans le cadre privé, l'époux ou l'épouse a été considéré comme la principale source de soutien (Carlson et Perrewé, 1999 ; Ferguson et al., 2012). Même si plusieurs recherches ont montré l'importance du soutien familial dans la réduction du conflit famille-travail des travailleurs (Byron, 2005 ; Michel et al., 2011 ; Ten Brummelhuis et Van Der Lippe, 2010 ; Van Daalen et al., 2006).

3) Facteurs individuels :

Des stratégies individuelles visant à améliorer le bien-être et diminuer les facteurs négatifs sur la santé peuvent être mises en place soi-même. Il suffit que l'individu lui-même ne s'oublie pas, il doit développer et promouvoir le bien être pour lui-même. Jean E. Wallace insiste sur le risque de s'oublier et de négliger sa santé.

La relaxation, s'accorder des loisirs hors du travail, faire la part des choses entre vie privée et vie professionnelle, ... sont des stratégies pouvant être appliquées pour améliorer au mieux son bien-être. Le seul fait de prendre soin de soi-même serait bénéfique.

La régénération passe par l'acquisition de méthodes qui visent à diminuer la sensibilité au stress (Brühlmann, 2010).

a) Le mindfulness :

On peut trouver la méthode suivante, appelée « le mindfulness », qui est une approche méditative qui intègre le corps et l'esprit. Le mindfulness s'inspire de techniques de méditations de la philosophie bouddhiste, il mélange ceci à d'autres formes de méditations comme le yoga

(Logean, 2013 ; Staub, n.d). Selon Brühlmann, l'esprit est calmé et reconduit vers une perception du corps sans jugement de valeur (Brühlmann,2012).

La pleine conscience ou « *mindfulness* », est une pratique ancestrale, qui est définie comme le fait de « *porter son attention sur le moment présent, instant, de façon intentionnelle, et sans jugement de valeur* » (Kabat-Zinn, 1993).

Il existe plusieurs définitions de la « *mindfulness* » ayant des caractéristiques identiques :

- *Utiliser une technique claire et définie ;*
- *Impliquer une relaxation musculaire dans le processus, une relaxation mentale ;*
- *Induire un état d'esprit spécifique ;*
- *Procéder via une focalisation de l'attention* (Cardosso, 2004).

Ainsi pour Shapiro.S la *mindfulness* est une méthode qui fait référence à « *une intention et à une attention (sélection des stimuli, switch), et également à une attitude (état d'ouverture à la réalité de l'instant, curiosité cognitive [bishop])* ». (Shapiro S, 2006)

Cette pratique de pleine conscience va nous aider à développer une autre approche avec ce qui nous arrive, en prenant du recul. Cela va nous permettre sur du long terme d'améliorer la qualité de vie, gérer le stress, l'anxiété ...

b) Shiatsu :

Le Shiatsu est fait partie de techniques corporelles se basant sur la médecine chinoise, celle-ci est devenue très répandue en Europe. C'est une pratique qui s'est développée au Japon au début du vingtième siècle (Stevensen, 1997). Le shiatsu fait partie des « *age-old-therapy* » encore assez méconnues bien que reconnues officiellement dans certains pays orientaux (notamment au Japon) et aussi occidentaux (en France comme certification professionnelle et en Suisse comme thérapie complémentaire).

Le shiatsu est défini, selon Ligot, vice-président de la Fédération française de shiatsu traditionnel, comme « *une pression de doigts (shi : doigt et atsu : pression)* ». (2017, p.31)

Il consiste à exercer des pressions, plus précisément avec les pouces et les paumes des mains afin de réactiver la circulation énergétique pour rétablir l'équilibre de la personne. Le shiatsu est un art du toucher qui soutient la personne vers une harmonie Corps / Esprit.

Les pressions sont pratiquées sur des zones du corps bien spécifiques, notamment le long des nombreux méridiens d'acupuncture.

Selon Carrié-Milh , le shiatsu « *est employé de manière préventive pour maintenir ou retrouver une harmonieuse répartition de l'énergie, pour détendre et pour optimiser les capacités naturelles de défense du corps. Il peut aussi avoir une fonction thérapeutique : revitaliser et soigner en rétablissant la circulation énergétique du corps.* » (Carrié-Milh, 2009).

Cette technique manuelle est reconnue officiellement par le Ministère japonais de la Santé comme une médecine thérapeutique à part entière en 1955 et, il est l'une des huit approches alternatives reconnues en Europe comme « *médecine non conventionnelle digne d'intérêt* » par une résolution du parlement européen votée le 29 mai 1997 à l'instigation de Paul Lannoye, député belge européen.

I. Conclusion :

Au début de la réalisation de ce mémoire, je voulais savoir si le bien-être et/ou le mal-être exerçait une influence sur le personnel soignant. Mais aussi quels étaient les facteurs, internes et externes qui jouaient un rôle face au bien-être et/ou au mal-être. Et surtout, quelles répercussions cela pouvait avoir sur le personnel mais aussi sur l'organisation elle-même.

Au fur et à mesure des recherches j'ai pu parcourir plusieurs notions qui me semblaient importantes telles que : la définition de bien-être au travail qui est l'un des mots clés de ce mémoire, mais pas seulement puisque d'autres concepts ont été essentiels pour comprendre cette notion de bien-être / mal-être et surtout pour approfondir la thématique. Il y a aussi les notions de stress ; les risques psychosociaux et le Burn-out qui peuvent aussi générer des conséquences sur la santé physique et psychologique des professionnels de la santé.

Grâce à la littérature scientifique, j'ai pu parcourir ces notions de manière globale en passant par les sources, les causes mais aussi par les conséquences du mal-être au travail et cela m'a amené à dire qu'il y a de nombreux facteurs qui peuvent provoquer cette souffrance au travail (horaires, relationnel, reconnaissance, ...). Mais il existe heureusement des sources qui permettent d'améliorer les conditions de travail et de diminuer le stress et, les risques psychosociaux ...

D'autre part, il existe dans la littérature une réglementation stricte sur les différentes approches de préventions que ce soit un niveau mondial, européen ou national que les dirigeants sont censés mettre en application dans leur organisation afin de protéger et de garantir un bien être aux travailleurs quel que soit le secteur dans lequel ils travaillent. Des plans stratégiques ont été mis en place en Belgique pour éviter et diminuer les problèmes de santé et de sécurité au travail. Des recherches ont montré que le fort taux d'absentéisme, et le nombre important d'accidents de travail étaient justement liés à un problème de bien-être au travail.

Nous pouvons aussi voir qu'il existe 3 préventions : primaire, secondaire et tertiaire. Celles-ci visent dans un ensemble global à modifier les conditions, réduire les causes de RPS à l'aide d'actions préventives et ainsi d'éviter l'aggravation de maladies en limitant les conséquences sur les travailleurs.

De plus, la notion de RH et de manager me semblait importante à approfondir, puisqu'ils sont des points focaux de la relation entre l'employeur et les employés. Ils sont susceptibles d'être sollicités par les collègues proches d'une personne en souffrance pour obtenir conseils et prise

en charge. L'analyse des articles montre que le Manager et le RH jouent des rôles importants en matière de prévention, de prises de décisions, de leadership, de gestion du personnel. Ils doivent parfois faire face à des conflits dans les équipes, qu'ils doivent gérer. Ils doivent accompagner leur personnel, trouver des compromis entre les intérêts des équipes et les attentes de la hiérarchie, ce qui n'est pas toujours facile à faire. Eux-mêmes, peuvent être sujets au stress.

Enfin, j'ai pu découvrir grâce aux recherches qu'il y avait de nombreuses stratégies efficaces et efficaces que ce soit au niveau organisationnel, interpersonnel ou individuel ; pouvant être adoptées et mises en place afin de prévenir au mieux le stress, les risques psychosociaux et le Burn out.

Grâce aux heures de travail et aux innombrables recherches, j'ai pu en apprendre davantage sur le sujet du bien-être, du mal être au travail, sur le stress, les risques psychosociaux, le Burn out et tous les autres concepts que j'ai employés dans cette première partie de mon travail Ceci me sera utile pour l'élaboration de ma problématique et la suite du mémoire.

II. Cadre pratique :

A. Objectifs de recherche :

Etant donnée une pénurie de soignants dans le milieu hospitalier, ces derniers font s'en cesse face à une pression intense et repérée. Il en va de même pour l'ensemble des établissements hospitaliers en Belgique d'orienter leurs actions sur des stratégies de bien-être du personnel infirmier. C'est pour cette raison que notre travail a pour ambition d'atteindre plusieurs objectifs.

En premier lieu, l'objectif global de mon étude est de connaître le ressenti des soignants sur leur bien-être et/ou mal-être au travail à l'aide d'un questionnaire qui leur est destiné afin de savoir si les stratégies proposées par leur service et leur institution sont suffisantes.

Deuxièmement, je souhaite interroger plusieurs membres du personnel tels que les soignants, les managers et les GRH afin de comparer la réalité du terrain et la littérature.

Un autre objectif est de comparer deux institutions.

B. Questions de recherche :

Ainsi, voici la question de recherche à laquelle je souhaiterai répondre : « Quels sont les ressentis face au stress et au diverses stratégies de bien-être mises en place dans leur institution ? ».

Et les sous questions associées :

- Quel est le niveau de stress ressenti par le personnel et la charge de travail dans celui-ci ?
- Quelles sont les stratégies actuelles utilisées par les ressources humaines et/ou les managers ?
- Les soignants ressentent-ils un état de bien-être amélioré grâce aux stratégies proposées ? (Sont-elles adaptées ?)
- Ont-ils des propositions pour adopter de nouvelles stratégies ?

C. Méthodologie :

Ayant fait un état des lieux documentaire sur la thématique du bien-être et du mal-être dans la première partie de ce travail, il m'a semblé intéressant pour la suite d'étudier sur le terrain tout ce que relate la littérature afin de pouvoir comparer les résultats.

Mon analyse sera tournée principalement sur le ressenti des soignants face au bien-être et au mal-être au sein de leur institution mais aussi dans leur service respectif. Il va de soi que les GRH seront également interrogés afin de connaître leur avis et leur ressenti. Une enquête qualitative au sein de deux hôpitaux bruxellois sera menée. J'ai particulièrement sélectionné certains services tels que les urgences et les unités de chirurgies, qui sont des services où le flux de patients et la charge de travail sont importants. Ce choix est aussi poussé par le fait que j'ai plusieurs connaissances qui travaillent au sein de ces services respectifs.

Ce qui m'intéresse et ce que je cherche en particulier est l'émergence de solutions, de recommandations et de propositions en lien avec le bien-être du personnel soignant.

Tout d'abord, je débiterais par présenter la méthodologie que j'ai développée pour effectuer le travail et puis nous verrons les résultats de l'étude avant d'en faire une analyse. L'objectif de l'étude est de répondre à la question de recherche.

D. Choix du type d'étude (sélection de l'institution, lieu de l'étude, type d'étude, période de l'étude) :

La réalisation de l'étude s'est faite selon les points suivants :

- **Sélection des institutions :**

J'ai sélectionné deux hôpitaux totalement différents se trouvant à Bruxelles avec deux services spécifiques : un service d'urgence et de chirurgie orthopédique au sein de la Clinique Ste-Anne/St-Rémi et un service de chirurgie au sein du CHU Saint-Pierre (site porte de Hall), qui comprend notamment un personnel divers. Je me suis plus orienté vers le personnel infirmier de ces services ainsi que vers les managers et GRH des institutions.

Comme mentionné précédemment, j'ai pu effectuer les entretiens grâce à des connaissances qui travaillent dans ces deux hôpitaux à Bruxelles.

Le CHU Saint-Pierre est un hôpital public universitaire de proximité qui offre des soins de grande qualité accessible à tous. Il fait partie du membre de réseau IRIS et comprend 2 sites,

40 services, 19 cliniques à thèmes, 19.000 interventions chirurgicales par an et 400.000 consultations par an.

Quant à la Clinique Sainte-Anne Saint Rémi (Chirec), il s'agit également d'un hôpital de proximité situé à Anderlecht. Elle fait partie du réseau Chirec. La clinique travaille en étroite collaboration avec l'hôpital Delta. Le réseau Chirec comprend 5 sites hospitaliers et 4 polycliniques.

L'échantillon n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble du personnel des institutions, celui-ci s'est constitué exclusivement sur base des critères d'inclusions / d'exclusions...

- **Lieu de l'étude :**

Les entretiens ont été réalisés au sein de deux institutions bruxelloises différentes, j'ai voulu faire des interviews variées en allant interroger plusieurs types d'acteurs dans l'institution : le RH qui représente la Direction de l'entreprise et qui véhicule la stratégie ainsi que la politique sociale de l'entreprise ; le manager qui représente l'encadrement intermédiaire, lien entre la Direction et les salariés de l'entreprise ; des salariés (personnel infirmier) qui représentent la main-d'œuvre de l'entreprise, le personnel sans lequel l'entreprise ne pourrait durer.

Ce panel, le plus hétérogène possible, me permettra de comparer leurs points de vue et d'en constater les écarts et surtout d'avoir leur ressenti.

- **Type de l'étude :**

Afin de récolter les données que je vais utiliser pour la suite de ce mémoire, mon choix s'est porté sur l'utilisation d'une approche qualitative via des entretiens semi-directifs et individuels. Ce type d'entretien permet aux intervenants d'une part d'exprimer librement leur ressenti tout en suivant une ligne directrice tout au long de l'échange, de donner un avis sur le sujet et d'autre part il permet d'approfondir les concepts de notre cadre théorique ou d'en développer de nouveaux via des questions de relance

- **Période de l'étude :**

L'étude s'est déroulée auprès de soignants et de managers au sein de la clinique bruxelloise de mars 2022 à mai 2022. Les entretiens ont été menés chez les soignants du 31 mars au 5 mai 2022 inclus et chez les managers du 1 avril au 5 mai 2022 inclus.

E. Echantillonnage (critères d'inclusion et d'exclusions) :

- **Pour les soignants :**

Critères d'inclusions :

- Être une femme ou un homme
- Être soignant (infirmier/infirmière)
- Exercer dans des services d'hospitalisation comme l'USI, les urgences, la médecine, la chirurgie ... ;
- Pouvoir s'exprimer en langue française de préférence

Critères d'exclusions :

- Les personnes n'étant pas soignant (infirmier/infirmière)
- Travailler dans les services suivants : chirurgie de jour, la revalidation, la psychiatrie, la pédiatrie et la salle d'accouchement/maternité. Les services cités ne représentent pas la même charge de travail que les services d'hospitalisations choisis
- Ne pas parler le français

- **Pour les managers :**

Critères d'inclusions :

- Être une femme ou un homme
- Être manager (chef, cadre, direction), conseiller en prévention
(dans les services suivants : USI, urgences, chirurgie orthopédique, médecine...)
- Pouvoir s'exprimer en langue française.

Critères d'exclusions :

- Les managers qui n'ont pas de lien direct avec les soignants infirmiers
- Ne pas parler le français

- **Pour les GRH :**

Critères d'inclusions :

- Être une femme ou un homme
- Travail dans le service de GRH (personnes s'occupant principalement des soignants)
- Pouvoir s'exprimer en langue française

Critères d'exclusions :

- Les GRH qui n'ont pas de lien avec les soignants infirmiers
- Ne pas parler le français

F. Méthode de recueil des données (guides d'entretien ; déroulements des entretiens) :

- **Guides d'entretiens :**

Mon choix s'est porté sur l'entretien semi-directif car il permet à l'enquêteur de mieux appréhender la logique du répondant, de par la relative liberté que l'entretien laisse à ce dernier.

J'ai donc construit 3 guides d'entretiens bien distincts pour les différents groupes de personnes que je vais interroger : personnel soignant, managers et GRH.

Les guides d'entretiens ont été rédigés à partir de la documentation scientifique et de mes expériences professionnelles.

Afin d'avoir des guides riches, j'ai pris en compte plusieurs thèmes autour du bien-être au travail, notamment les points importants que j'ai pu aborder dans la première partie de mon travail.

Des questions ouvertes et générales ont été rédigées afin de faciliter des thèmes émergents et d'éviter d'aiguiller les répondants (Aujoulat, 2020).

Comme j'ai pu le dire, j'ai fait 3 guides différents avec spécifiquement des questions en lien avec leur travail et leur rôle dans l'institution.

S'agissant des DRH, j'ai souhaité connaître leur conception du bien-être : s'ils s'intéressent à cette dimension, si oui, pourquoi, en quoi pour eux le bien-être est une source d'attractivité, s'ils mesurent l'importance du bien-être pour l'organisation et si oui comment le mesurent-ils, comment le favorisent-ils, quelles difficultés identifient-ils comme associées au développement du bien-être dans l'organisation... D'autre part, j'ai voulu savoir comment ils sont perçus par les salariés, les leviers utilisés et préconisés par l'organisation, si le management intègre la gestion du bien-être, s'il intègre une préoccupation de plaisir dans l'organisation et quels sont les dispositifs utilisés par les managers...

Voici un aperçu des thèmes que les guides d'entretiens abordent :

- Présentation du répondant ;
- Réflexion sur le bien-être ; le stress ...
- Rôle de la GRH et des managers en matière de prévention ;
- Stratégies mise en place pour l'amélioration du bien-être ;

- Difficultés associées au développement et au maintien du bien-être.

Les différents guides d'entretiens se trouvent en annexes.

- **Déroulement des entretiens :**

Afin de réaliser les entretiens, j'ai pu prendre contact directement par le biais de mes connaissances qui travaillent dans les lieux que j'ai choisis. J'ai aussi envoyé des mails, selon les coordonnées dont je disposais. À la suite des différents contacts, les rendez-vous étaient fixés. Les entretiens se sont déroulés dans les lieux respectifs que j'ai cités et en fonction des disponibilités de chacun. La plupart ont été réalisés dans des bureaux ou dans des salles, au calme, assurant la confidentialité des propos. Certains entretiens ont été réalisés par vidéo conférence, tout simplement car les personnes concernées étaient en congé à ce moment-là.

Par ailleurs, la personne interrogée nous faisait confiance en acceptant de répondre à nos questions. Aussi, d'un point de vue déontologique, nous avons garanti à chacun :

- Le respect de l'anonymat (s'ils le demandaient) et de l'intégrité des individus ;
- L'enregistrement des entretiens pour respecter l'authenticité des propos ;
- Que la retranscription des entretiens ne permet pas une identification des personnes interviewées ;
- Que les entretiens n'étaient utilisés et exploités que dans le cadre de cette recherche.
- Chaque rendez-vous était assuré par moi-même.

J'ai pu réaliser au total, des interviews de 15-30 minutes chacune en moyenne (pour les guides d'entretiens voir annexes afin de voir un déroulement type). Lors des entretiens j'ai rencontré certaines limites :

- Manque de temps pour répondre à des entretiens dépassant plus de 30 minutes.
- Difficultés à rencontrer certaines personnes (ex : GRH, conseiller en prévention).

G. Présentation des données :

Dans un premier temps, les entretiens ont été enregistrés via un smartphone ou via un enregistrement de la vidéo conférence pour ensuite faire l'objet d'une retranscription intégrale.

Dans un deuxième temps, j'ai commencé à trier les entretiens en fonctions des hôpitaux et des services afin de les lire individuellement et pouvoir analyser les résultats. D'autre part, j'ai fait émerger des thèmes afin d'identifier les éléments essentiels et j'ai rassemblé les résultats sans interprétation.

De plus, j'ai mis en évidence les thèmes les plus pertinents qui sont en lien avec ma problématique. Pour terminer, j'ai gardé tous les éléments qui se ralliaient, se complétaient où se contredisaient.

Le recueil des données ainsi que l'analyse de tous les entretiens, m'ont permis d'approfondir les thèmes les plus souvent abordés par les participants, mais aussi la réalité sur le terrain.

Afin de respecter la confidentialité des participants, les extraits les plus judicieux, pertinents, perspicaces seront uniquement énoncés pour la résolution de la problématique.

La retranscription intégrale des entretiens peut être fournie sur demande.

Pour plus de clarté, j'ai rassemblé les données dans un tableau de résultats clair et facile à lire. J'ai aussi utilisé la thématization continue pour enrichir mes résultats en notant et en identifiant les thèmes au fur et à mesure de l'analyse pour enrichir continuellement l'arbre thématique du début à la fin de cette partie. Ce procédé est certes chronophage, mais il permet d'être précis et d'envisager tous les résultats possibles sans en oublier, ce qui aurait pu être le cas avec la thématization séquencée.

Tableau récapitulatif des personnes interrogées :

Interview	Sexe	Âge	Fonction	Ancienneté	Date	Durée	Lieu	Service
N ° 1	H	58 ans	Manager de proximité	36 ans	5/04/2022	25min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Unité de chirurgie Orthopédique
N ° 2	H	45 ans	Manager	2 ans	7/04/2022	25min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Urgences
N ° 3	H	36 ans	Infirmier	8 ans	12/04/2022	16 min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Unité de chirurgie orthopédique
N ° 4	F	27 ans	Infirmière	2 ans et 10 mois	15/04/2022	30 min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Urgences
N ° 5	F	26 ans	Infirmière	4 ans	15/04/2022	30 min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Urgences
N ° 6	F	44 ans	Infirmière	6 mois	15/04/2022	15 min	Clinique Sainte-Anne /St-rémi	Urgences
N ° 7	F	28 ans	Infirmière ICANE	6 ans	25/04/22	25 min	CHU Saint Pierre site Porte de hall	Direction
N ° 8	F	29 ans	Infirmière	5 ans	25/04/2022	25 min	CHU Saint Pierre site Porte de hall	Unité de chirurgie
N ° 9	F	28 ans	Infirmière	4 ans	25/04/2022	25 min	CHU Saint Pierre site Porte de Hall	Unité de chirurgie
N ° 10	F	35 ans	Manager	3 ans	5/05/2022	25 min	CHU Saint Pierre site Porte de Hall	Unité de chirurgie

III. Présentation et analyse des Résultats :

Dans cette partie, j'exposerai les résultats des entretiens réalisés : d'une part ceux des soignants et d'autre part ceux des managers. Puisque, malheureusement, j'ai rencontré des difficultés pour avoir des entretiens avec des membres du personnel de la direction soit des GRH du département infirmier. Malgré les appels et les nombreux e-mails envoyés à la direction dans différents hôpitaux bruxellois, j'ai soit reçu des réponses négatives à mes demandes soit aucune réponse de leur part.

Cette partie du mémoire, comme son titre l'indique vise à analyser les différentes interviews réalisées sur le terrain.

Je vais essayer de mettre en avant et de faire ressortir les éléments les plus importants et qui me semblent le plus essentiel. Pour cela, je vais diviser l'analyse en plusieurs thématiques telles que : **la qualité de vie au travail, le bien-être, le mal-être, les stratégies de bien-être de l'organisation, etc.**

- **Les soignants :**

Voici un tableau reprenant les caractéristiques des soignants :

Taille de l'échantillon N = 7		
Genre	Femme	6
	Homme	1
Tranche d'âge	20 - 35	5
	36 - 50	2
	51 et plus	0
Ancienneté	1-10	7
	11-20	0
	21-30	0
	31-40	0

1. Qualité de vie au travail :

En regardant les interviews de plus près, la majorité des soignants ont parlé **d'une charge de travail lourde** avec un **rythme de travail qui est assez soutenu et intense** mais aussi une **clientèle** qui est devenue plus **exigeante et difficile**. Les infirmiers évoquent la charge de travail et les services très lourds.

S1 : « On a un rythme assez speed, on doit faire vite, car les patients que nous recevons doivent être préparés pour aller en salle d'opération. Nous avons des patients en salles et en plus de ces patients, nous avons des patients que nous devons préparer pour aller en salle d'op. Nous devons donc nous occuper de la salle en plus des patients qui arrivent à tout moment pour une opération. (...) Nous avons des patients hospitalisés à qui nous devons générer des soins ».

S1 : « Il y a plusieurs tâches, des tâches qui se rajoutent alors qu'elles ne sont pas programmées. La charge de travail est énorme. Elle s'accumule souvent. Beaucoup de patients à prendre en charge. La charge de travail est stressante ».

S1 : « Il manque du personnel ».

S3 : « Il essaie d'engager du personnel, mais le problème c'est qu'il y a beaucoup de départ dans le service dans lequel je suis (...). Le personnel quitte le service car il y a une mauvaise organisation, une charge de travail importante, ils vont dans des services où la charge de travail est moins importante, et dans lequel l'organisation est plus professionnelle (...) ».

S7 : « Les patients qui viennent à l'hôpital sont de plus en plus difficiles et exigeants ce qui complique nos tâches à réaliser ».

S2 : « (...) C'est toujours un travail fatigant ».

S2 : « La majorité du temps, on travaille à un rythme accéléré, car on doit aller assez vite pour prendre soin des patients (...) ».

S3 : « Nous effectuons en général des gardes de 12 heures. Nous commençons donc à 7h15 jusqu'à 19h45 environ si ce n'est pas plus parfois (...) ».

S4 : « Le rythme de travail est assez élevé, il faut avoir la capacité de pouvoir travailler rapidement (...) ». La charge de travail est assez conséquente, nous avons une salle qui peut recevoir jusqu'à 26 patients et des patients avec de lourdes pathologies et appareillages ».

S5 : « Le travail est intense, il y a des jours où nous ne prenons pas de pause avant 13h, nous avons à peine le temps de boire une gorgée d'eau (...) »

S3 : « Le rythme de travail journalier varie beaucoup en fonction de l'influence des patients (ambulance/SMUR/Pit...) qui arrive. Quelquefois c'est gérable avec des temps d'attente de 1 à 2 heures et parfois beaucoup plus (...) ».

S3 : « En général nous avons moins de patients admis en chirurgie durant les vacances, mon ancien service fermait ».

S6 : « Très bon rythme mais parfois submergé par le nombre de dossiers à traiter en même temps ».

Comme nous pouvons le voir dans les extraits ci-dessus, les soignants trouvent la charge de travail très élevée quel que soit le service dans lequel ils se trouvent (chirurgie, urgence). Les tâches de travail se cumulent, mais le personnel en lui-même n'augmente pas. Par contre l'infirmière a pu souligner lors de l'entretien que le travail pouvait varier en fonction de la période de l'année. Durant les vacances, le service de chirurgie se retrouvait souvent à devoir fermer pour cause de diminution de la clientèle. J'ai pu interroger une infirmière ICANE qui trouve aussi que la charge de travail peut parfois être élevée au sein de la direction due au nombre de dossiers à traiter.

Malgré la charge de travail importante au sein des services, certains soignants se sentent bien au travail, par contre un soignant ne se sent pas forcément bien au travail, cela dépend bien entendu des jours.

S7 : « Ça dépend des jours, il y a des jours où je ne me sens pas bien, je suis stressé, et il y a d'autres jours où je me sens bien. Dans l'ensemble, ça va (...) ».

S2 : « Majoritairement bien. Nous avons une bonne équipe qui s'entraide beaucoup ».

S3 : « Je me sens très épanouie, j'ai commencé au sein de ce service il y a 6 mois. C'est un service qui me correspond parfaitement tant dans la prise en charge des patients qu'au sein de l'équipe infirmière (...) ».

S5 : « Je me sens bien dans mon travail ».

S3 : « Le soutien psychologique durant la période covid a été proposé par l'institution ».

Tout d'abord, je m'aperçois que la reconnaissance au travail varie d'un service à un autre.

Je constate lors des entretiens que le fait de se sentir soutenu par son équipe, par l'ensemble autres membres du personnel avec lesquels l'équipe est en contact en permanence et de pouvoir compter sur eux joue un réel impact sur le bien-être du personnel et sur l'envie de venir au travail malgré la charge de travail qui les attend.

Les chefs infirmiers quant à eux essayent de soutenir son personnel, ils respectent leur choix. Ils sont à leur écoute, une manière de lui montrer de la reconnaissance, cela amène même parfois à élucider certains problèmes.

Par contre un soignant fait remarquer dans son entretien qu'il ne reçoit aucun soutien de son chef. Aucune considération n'est mise en avant, le chef est tous les jours dans son bureau sans faire attention à ses collègues.

Enfin, j'ai pu lire à travers deux entretiens que le COVID a poussé les institutions à adopter d'autres moyens de soutien envers leur personnel, par exemple, des soutiens psychologiques ont été mis à disposition du personnel pour les soutenir dans cette épreuve et ainsi leur montrer qu'ils tiennent à leur personnel et qu'ils ne sont pas seuls face à cette pandémie.

S1 : « Le chef ne fait rien, il nous indique ce que l'on doit faire, chacun est responsable individuellement de ses activités, il ne nous aide jamais dans les tâches à effectuer. Il est plus particulièrement dans son bureau, nous ne le voyons pas trop. Il ne fait pas de management participatif ».

S1 : « Il existe une relation formelle entre nous et le reste du corps médical et des autres membres du personnel qui travaillent au sein de l'établissement. Par contre avec le médecin il y a une forme de hiérarchie, le médecin vient, il dicte ce que nous devons faire et si nous ne faisons pas ce qu'il nous a demandé nous sommes convoqué ».

S2 : « (...) Nous avons une bonne équipe qui s'entraide beaucoup (...) ». Il essaie d'être présent même au travers des réseaux sociaux. (...). Il n'est pas toujours présent dans le service, chaque jour, c'est difficile de tout gérer et de comprendre la situation / l'état dans lequel chaque infirmier se trouve. Une chose que je trouve bien, c'est qu'il fait attention à mes demandes concernant l'horaire (chaque fois que je demande des congés, ou à ne pas travailler la nuit ou d'autres demandes, elles sont respectées) ».

S7 : « La relation entre les infirmiers et les médecins est incroyable et agréable. On travaille comme une équipe ».

S4 : « Elle est disponible pour nous tout au long de sa journée pour des questions sur nos horaires ou sur l'organisation du service ». (...) « Elle écoute ce qu'on a à lui dire et elle demande si on se sent bien ».

S5 : « Je parle souvent avec des collègues, je me sens en confiance de parler avec le chef mais j'ai le sentiment que rien ne change ». (...) « Nous sommes de vraies collègues, comme cela devrait toujours l'être ».

S3 : « J'ai pu constater que c'était un chef qui aidait beaucoup son équipe dans les prises en charge des patients. Pour ainsi nous soulager. Il est aussi très à l'écoute. (...) On s'aide beaucoup entre collègues donc malgré la charge de travail ce n'est pas pénible car le soutien est là ».

S3 : « Il prend en considération par exemple pour les horaires ils essaient de pas nous faire plus de 3 jours de 12 heures et essaie de rassembler nos jours de congé pour que l'on ait une longue série ».

S6 : « La chef est toujours bienveillante envers l'équipe, elle cherche à nous tirer vers le haut et à ce qu'on se sent toujours à notre place au sein de l'équipe (...) » Très bonne solidarité entre toutes les équipes multidisciplinaires. C'est un esprit très ouvert et convivial avec une hiérarchie peu marquée ».

S3 : « Quand je devais aller aux urgences j'étais étonnée de l'entente qu'il y avait entre médecin et infirmier. C'était une relation de collaboration. L'infirmier était considéré comme leur égal. Il n'y a pas de vouvoiement. C'était vraiment des collègues. À l'étage c'était différent le médecin venait, c'était très formel, et on n'était pas toujours pris en considération ».

Il ressort des entretiens que les infirmiers accordent de l'importance à une **communication efficiente** entre les différents niveaux hiérarchiques, mais aussi entre collègues et le reste du personnel avec lesquels ils sont en contact.

L'un des chefs des urgences utilise les **réseaux sociaux comme outils de communication** pour savoir si son équipe se sent bien... Cela peut être un outil de communication comme un autre.

Tous les services favorisent la communication : lors des rapports le matin, mais aussi après la pause de 10h, un debriefing d'équipe est souvent fait pour voir l'avancement du travail. Elle favorise les **échanges d'informations** sur les patients.

Les personnes interrogées mettent en avant qu'elles aiment **discuter de tout** avec leurs collègues, ça leur permet de penser à autre chose qu'au travail. **La communication** permet d'entretenir un **rapport** et d'installer une **relation de confiance** entre eux.

S7 : « On peut discuter avec l'équipe tous ensemble de tout ce que l'on pense ».

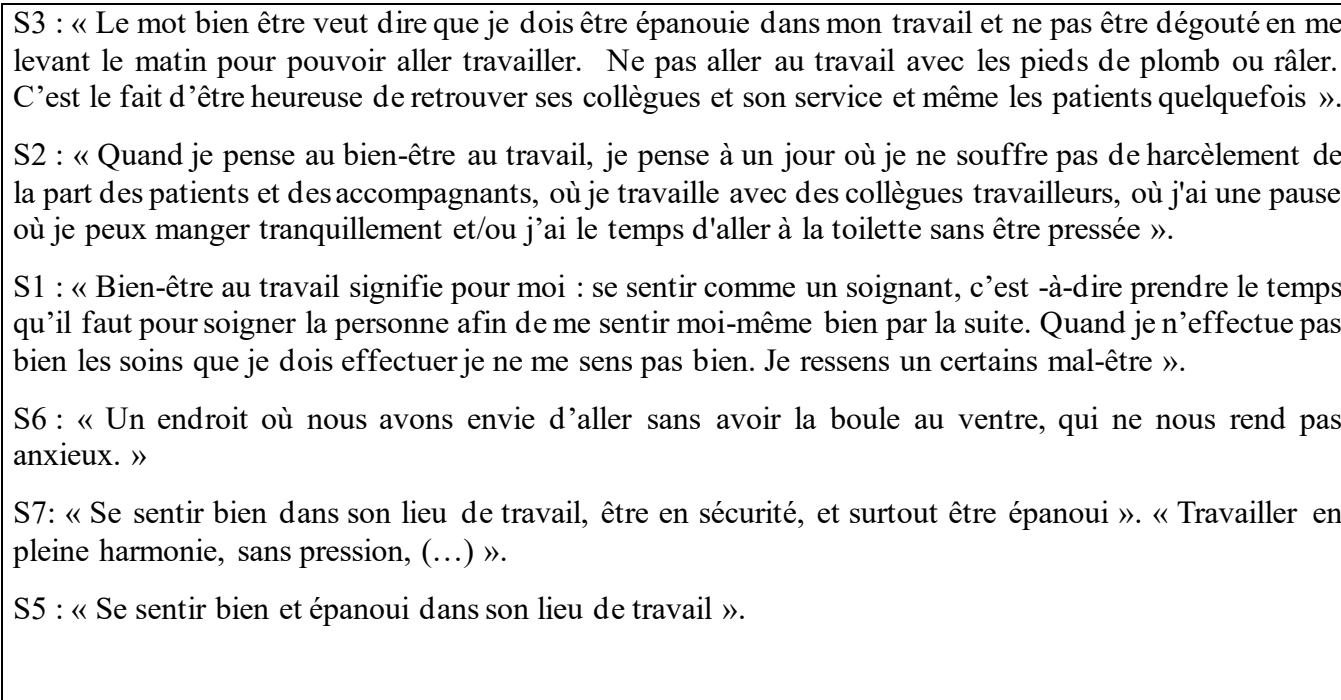
S3 : « On parle surtout sur les réseaux sociaux de notre travail, comment cela se passe, qu'est-ce que l'on peut changer pour améliorer nos conditions actuelles ».

S1 : « Après la pause de 10h, nous faisons un debriefing pour savoir ce qui a déjà été fait, ce qui n'a pas pu être encore fait ». « Je parle avec des patients ou des collègues pour essayer de ne pas me concentrer sur la charge de travail (...) ».

S2 : « À part le travail, on discute un peu de tout (de la vie en général, les infos, des programmes, des vacances...) ».

2. Bien être :

Le bien-être étant l'un concept clé de mon mémoire, j'ai voulu savoir ce que **représente le bien être** aux yeux des infirmiers interrogés, **puis les facteurs qui ont un impact sur leur bien-être** et pour finir **comment le manager prend en considération le bien être de son équipe**.



Des salariés ont exprimé **le bien-être** avec **des termes en négation**, c'est donc l'opposé de la souffrance au travail pour eux.

63

Un soignant a souligné **les compétences infirmières**, elles sont importantes pour lui afin de prendre en charge les patients de la meilleure manière possible et de pouvoir les soigner. Le fait que certaines tâches soient bien ou mal effectuées a un impact sur le **bien-être du soignant**.

S3 : « Les patients sont parfois agressifs et les premiers professionnels qu'ils voient c'est nous, donc ils nous attaquent directement. Y'a aussi le côté administratif avec le dossier informatisé, la facturation qu'on doit faire aussi ça prend du temps et on le fait souvent sous le stress car on est beaucoup sollicité de partout ».

S1 : « Le stress, la charge de travail, l'épuisement pourrait engendrer pour moi un mal-être au travail, et donc par la suite un burn out ».

S2 : « La façon dont les gens me traite et me parle, le temps que j'ai pour me reposer/déconnecter/manger, la charge de travail ». (..) « On n'a même pas de sécurité aux urgences et la nuit c'est qu'une seule personne de la sécurité pour tout l'hôpital ». « Un manque de sécurité ».

S5 : « L'équipe, la charge de travail, la répartition du travail, l'écoute et le lieu de travail ».

S7 : « Membre du personnel absent, une charge de travail importante et des patients agressifs ».

D'après les propos que je viens de retranscrire, **les patients et les accompagnants** peuvent nuire au **bien être des soignants**, car certains sont **agressifs, ils traitent mal** les soignants. Ces derniers se **sentent en danger, il y a un manque de sécurité**.

La charge de travail est clairement l'une des principales causes qui peuvent entraver leur bien-être. Ils évoquent tous cette surcharge de travail comme un élément perturbateur.

S3 : « Il prend en considération par exemple pour les horaires il essaie de pas nous faire plus de 3 jours de 12 heures et essaie de rassembler nos jours de congé pour que l'on ait une longue série ».

S1 : « C'est un peu difficile car il manque de personnel, et pour faire les horaires ... Ce n'est pas évident pour lui comme pour nous. Sinon le chef ne prend pas vraiment en compte notre bien-être au travail. »

S2 : « (...) Il fait attention à mes demandes concernant l'horaire (...) ».

S4 : « C'est important pour elle, elle fait souvent des évaluations individuelles en reprenant les 5 points du bien être pour voir ce qui pourrait changer et comment nous nous sentons. »

Selon les propos des infirmiers, nous pouvons voir que les chefs prennent en **considération les horaires** de leur équipe. Ils **respectent** leurs **souhaits**, ce qui montre qu'ils portent un **intérêt et de la considération** envers leurs infirmiers.

Une chef quant à elle fait des **évaluations individuelles** avec les membres de son équipe et met l'accent sur leur bien-être. L'équipe apprécie, la manière dont leur chef prend en compte leur bien-être.

Par contre un soignant nous fait remarquer que son chef **ne prend pas en compte leur bien-être** et cela peut nuire à leur bien-être.

3. Mal être :

Il va de soi qu'après avoir abordé la notion de bien être, il a fallu interroger nos interlocuteurs sur **le nombre de cas de mal être et / ou de Burn out** dans leur service. Mais aussi sur le **management mis en place** par le chef infirmier ou la direction pour une telle situation.

S3 : « Je n'ai vu aucun mal être ou burnout. Et je n'ai pas l'impression d'avoir entendue qu'auparavant il y avait des Burn out ».

S2 : « Au moins 2 fois. Mais je ne sais pas répondre à cette question, car je ne connais pas assez bien les événements ».

S1 : « 2 Burn out dans le service ». « Rien n'a été mis en place jusqu'à maintenant pour éviter le mal-être, le stress, etc. (...) »

S4 : « Il n'y a pas eu de cas de Burn out dans mon service, les personnes ayant été en situation de mal-être ont pu être dirigé vers un autre service ».

S6 : « Aucun ».

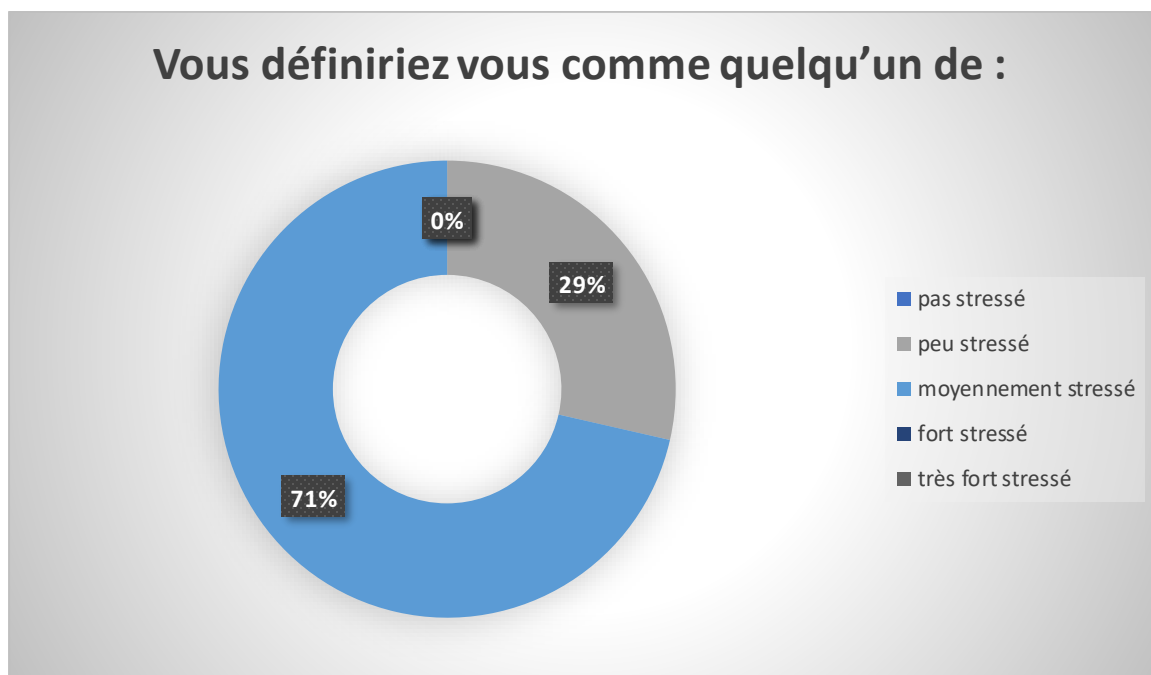
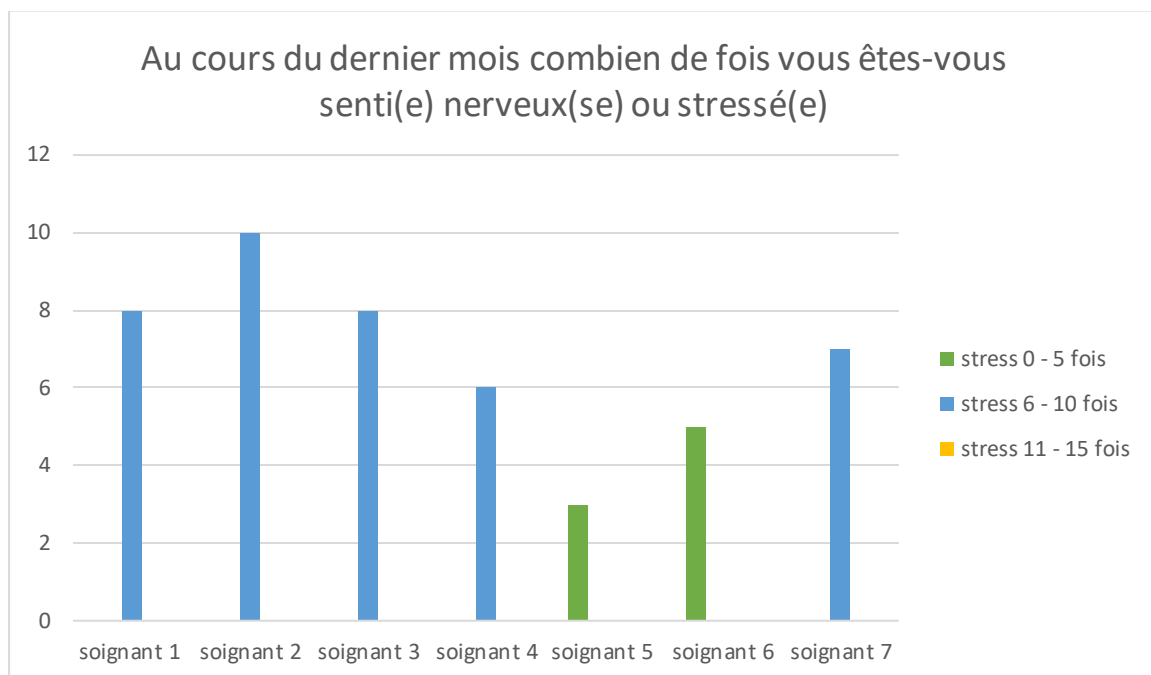
Dans deux services, il y'a eu à 2 reprises des cas de Burn out, selon 2 infirmiers, ainsi que des personnes ayant été en situation de mal-être dans un autre service. Malheureusement certains ne savent pas répondre plus en détail à notre question. Mais nous savons que dans certains hôpitaux la **hiérarchie se mobilise** pour éviter la **souffrance** des soignants dans les services et leur **propose de s'orienter vers un autre service**.

Par contre un infirmier **souligne son mécontentement** car **personne n'a réagi et rien n'a été mis en place** jusqu'à aujourd'hui dans son service afin **d'éviter de nouveau qu'un mal-être apparaisse**.

➤ Stress :

Maintenant, je vais mettre en avant **le stress**.

Lorsque j'ai analysé les entretiens j'ai pu remarquer que **la notion de stress** revenait systématiquement lorsque je posais une question et que l'interlocuteur y répondait. Le terme « stress » est utilisé de manière fréquente dans le langage quotidien.



Le premier graphique représente le nombre de fois où les soignants se sont sentis nerveux ou stressé durant le dernier mois. Sur 7 soignants, 5 d'entre eux ont été stressés entre 6 et 10 fois. Pour les deux autres ils ont seulement été stressés entre 0- et 5 fois. Les deux tableaux se rejoignent puisque la plupart des soignants sont moyennement stressés.

S3 : Je me sens un peu stressé lorsqu'il y a des cas graves qui arrivent et beaucoup de chose à faire en même temps. Mais c'est dans l'aigu juste 1 à 2 heures par jours lorsque c'est le rush quelque fois. De plus, les patients qui arrivent avec leur famille et qui sont parfois agressifs envers nous

S4 : « Ce qui peut engendrer du stress dans mon travail ce serait les conflits internes entre collègues, une mauvaise ambiance. Je suis quelqu'un qui à difficile à passer à autre chose lorsque j'ai un souci avec une personne tant que le problème n'est pas réglé.

S6 : « Trop de demande de tâches en même temps ».

S7 : « Un manque d'effectif ».

S1 : Les urgences qui arrivent à l'imprévu ; Les imprévus qui surviennent.

S5 : Le plus grand élément ce sont les personnes accompagnants les patients, qui nous harcèlent assez souvent. Un autre élément est le manque de sécurité (on reçoit beaucoup des patients agressifs et je ne me sens pas de tout en sécurité), car on n'a même pas de personnel fixe aux urgences pour ce genre de situations, des collègues fainéants (soit les médecins, les infirmiers, les techniciens du laboratoire, ou le radiologue).

Comme nous pouvons le voir, il y'a des **facteurs provocateurs de stress** au sein de leur travail.

Commençons par **la mauvaise ambiance** qui est cité deux fois par les soignants. Elle peut être, en **effet, défavorable au sein d'une équipe**. Les **conflits internes entre collègues** et la mauvaise ambiance peut créer une **atmosphère glaciale et des tensions** dans le service.

La charge et le rythme de travail ainsi qu'un manque de personnel peut être source de stress chez certains soignants. Une soignante rajoute le fait que parfois certains **collègues soient fainéants**, ce qui lui procure aussi du stress.

Deux infirmiers mettent l'accent sur **l'insécurité et l'agressivité des patients et de la famille** envers eux. Les patients et leur famille leur mettent une certaine pression, ce qui engendre du stress.

S3 : « Lorsque je suis stressée c'est souvent dû au travail car il y en a beaucoup sur le moment. Pour m'aider à ce moment-là, je suis tellement stressée que je n'utilise pas vraiment de stratégie pour m'apaiser ».

S6 : « Essayer de rester calme et s'entraider avec les collègues ».

S2 : « Pendant le travail, malheureusement, je me déconnecte de mes sentiments (donc je sens que je deviens insensible) pour faire face au stress et pour me protéger. Le stress est très souvent lié aux harcèlements dont je souffre qui pour part est en liens avec les patients/familles. À la maison j'essaie de me détacher des mauvaises énergies par des activités qui me procurent du plaisir (le sport, la musique qui m'amène dans une autre dimension, la lecture ...) ».

S1 : « Je chante, ou je parle avec des patients ou des collègues ».

S4 : « J'essaie de m'isoler 5 minutes pour faire des exercices de respiration, ce qui m'aide à reprendre mes esprits et à me calmer ».

Pour gérer le stress nous voyons que chaque soignant utilise une **méthode différente : chant, discussion avec les collègues ou patients, d'autres s'entraident avec les collègues**. Une soignante **s'isole** quelques minutes et fait des **exercices de respiration**.

Une soignante met un **bouclier de protection** et devient **insensible** à tout, elle se détache des **mauvaises énergies par des activités** telles que **le sport, la musique** qui l'emportent ailleurs.

Par contre une seule soignante n'arrive pas **à gérer ses émotions et son stress**, elle ne met **aucune stratégie ou activité en place**.

4. Stratégies de bien-être :

Je vais maintenant vous expliciter ce que les soignants ont pu me relater lors des interviews concernant **les moyens mis à leur disposition par l'institution pour faire face à une situation stressante**, mais aussi **ce que les institutions ont mis en œuvre pour répondre au stress, au mal-être...**

Ensuite, j'aborderai **les stratégies qui existent déjà dans les institutions**. Je continuerais l'analyse par **les acteurs impliqués** et avec qui les soignants peuvent interagir en cas de situation problématique. De plus, nous verrons **les formations et/ou activités** proposées au travail pour soutenir les employés. Pour finir, j'ai demandé aux soignants de me soumettre **des projets de bien-être** que l'hôpital pourrait mettre en place pour favoriser leur bien-être.

S3 : « Il n'y a, actuellement, pas de moyen mis en place à ma connaissance » (...) « Je ne crois pas que quelque chose a été organisé, la seule chose dont je me souviens c'est qu'on avait reçu par e-mail le numéro de GSM d'une psychologue qu'on pouvait appeler durant la période covid ».

S2 : « Il y a des séances de relaxation et il y a un moment où un psychologue a été mis à disposition pour le personnel soignant (pour un événement spécifique dans lequel je n'étais pas présent) ».

S6 : « Je ne suis pas au courant s'il y a de l'aide à ce niveau ».

S1 : « On peut aller parler à l'ICAN infirmier rien de plus. »

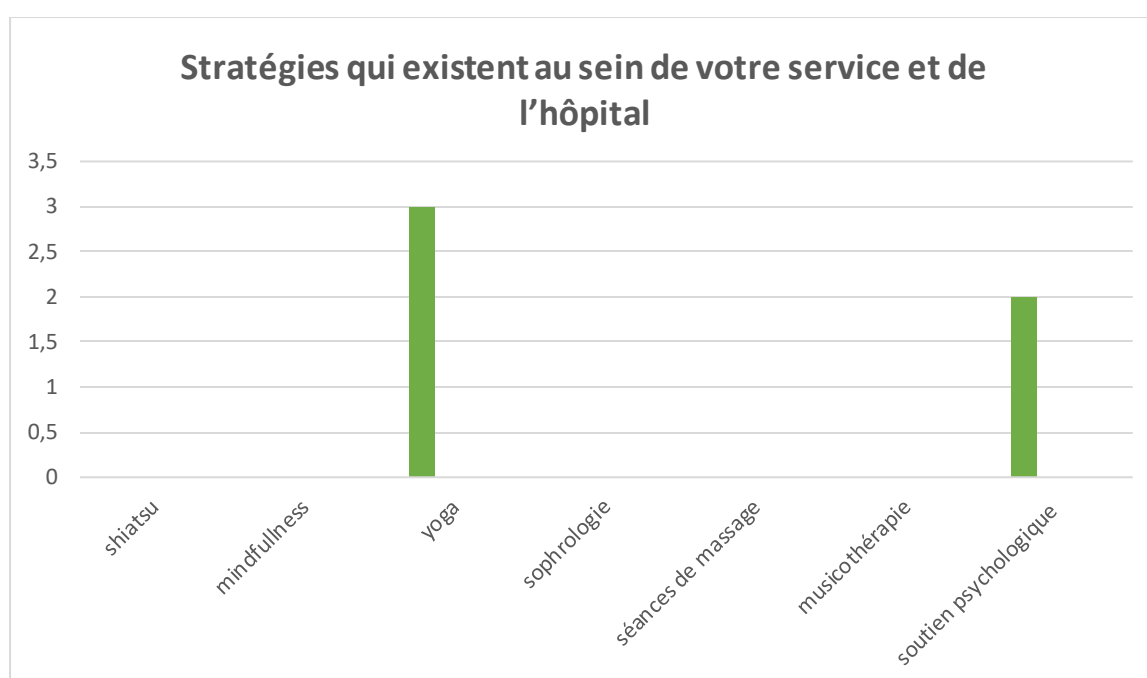
S4 : « Demander du renfort de la part de l'équipe mobile mais ce n'est pas toujours accordé ».

Une soignante **n'est pas mise au courant des moyens disponibles** dans son établissement, il y'a **manque d'informations**.

Une autre soignante nous signale que **rien n'est mis en place, sauf durant la période de la crise sanitaire** ou le numéro de **Gsm de la psychologue** avait été envoyé par e-mail.

En **cas de situations spéciales**, l'institution met en place une **cellule psychologique**, mais aussi des **séances de relaxation**.

Une demande de **renfort de l'équipe mobile** peut être demandée en cas de charge de travail importante.



Le yoga est la stratégie qui a été citée 3 fois lors des entretiens, et **le soutien psychologique** 2 fois. Ce sont les deux seules stratégies que les soignants évoquent et qui existent selon eux dans leur institution. Comme vous pouvez le remarquer dans les retranscriptions que j'ai mis ci-dessous, une partie des soignants ne sont pas informés des stratégies que proposent leur service ou l'hôpital.

S3 : « Il n'y'a aucune de ces stratégies qui est mise en place à part le soutien psychologique durant la période covid. »

S2 : « Dans mon service il n'y a aucune stratégie. À l'hôpital, si je demande à mon chef, c'est peut-être possible d'avoir un soutien psychologique. Il y a des cours de yoga, mais avec des heures précises qui ne me permettent pas d'y aller. Sauf durant les jours de congés mais l'hôpital est loin de chez moi, donc je préfère chercher d'autres options meilleures pour moi ».

S4 : « Je ne sais pas, mais je pense qu'il y a du yoga » .

Concernant les personnes ressources et impliqués avec qui les soignants peuvent interagir et exprimer leur ressenti en cas de soucis sont : **le chef infirmier** qui est **la personne de référence du service, il écoute son équipe et les met en confiance**. Les **collègues** sont les deuxièmes personnes avec lesquels les soignants préfèrent se confier. Et pour finir **le cadre infirmier**. Un dèss soignant va plutôt favorisé directement le cadre infirmier ICAN.

S3 : « Il y a mon chef infirmier, c'est une personne qui a une oreille active et qui sait nous rassurer et nous aider. Si jamais j'ai un souci, c'est à lui que j'irai parler, je me sens en confiance avec lui ».

S2 : « Je parle souvent avec des collègues et je me sens en confiance de parler avec le chef ».

S1 : « On doit normalement parler avec le chef de service, mais nous allons plutôt nous diriger vers le cadre infirmier (ICAN) ».

S7 : « Je peux parler avec mon équipe ou ma chef ou encore avec le cadre ».

Les personnes interrogées n'ont jamais participé à une formation, mais en plus de cela aucune ne leur a jamais été proposées.

Seulement des **activités telles que des sorties avec l'équipe, ou des séances de relaxation** ont été proposées afin de les soutenir dans leur bien-être.

S1 : « Des sorties avec l'équipe 1 fois par an. Aucune formation proposée ».

S6 : « Aucune formation ne m'a été proposée ».

S5 : « Salle de bien-être et relaxation, mais je n'ai jamais été. Par contre aucune formation ne m'a été proposée ».

Voici les souhaits que les soignants m'ont relaté, lorsque je les ai interviewés, qui leur semblent être utiles, judicieux et surtout importants pour favoriser un minimum leur bien-être.

Des salles de repos avec des fauteuils, des séances de yoga, des vouchers ou des cours en ligne pour permettre à tout le monde d'y avoir accès. Mais aussi **des formations de relaxation** et de **yoga, des salles de jeux, des séances de sport, des matériaux adaptés** pour leur bien être lors des pauses.

Et pour finir, recevoir plus **d'attention, de reconnaissance et d'écoute sans y mettre de préjugés** avant.

S3 : Je pense déjà, comme on fait des journées de 12 heures, il devrait mettre à disposition une chambre de repos pour nous les infirmiers ou au moins un canapé relax qu'on sache y aller durant notre pause.

S2 : Mettre à disposition des cours de yoga ou autres compatibles avec nous horaires et/ou donner un voucher pour trouver des cours pareils prêts de chez nous ou online.

S1 : Proposer de formations de relaxation, de yoga ou bien mettre des salles de jeux, de sport à disposition du personnel qui pourraient être utilisées pendant les pauses. Même si les séances durent 10 minutes je pense que cela pourrait nous faire du bien.

S4 : Etre plus à l'écoute des infirmiers de terrain sans porter de jugements.

S6 : Améliorer les endroits de pause qui ne sont pas du tout adaptés, par exemple : un petit tabouret sans dossier pour prendre 30 min de pause....

- **Les Managers :**

Voici un tableau reprenant les caractéristiques des managers :

Taille de l'échantillon N = 3		
Genre	Femme	1
	Homme	2
Tranche d'âge	20 - 35	1
	36 - 50	1
	51 et plus	1
Ancienneté	1-10	2
	11-20	0
	21-30	0
	31-40	1

A. Qualité de vie au travail :

La charge de travail des soignants reste selon les managers **très élevée** au sein de leur service. Celle-ci est **reliée au manque de personnel** comme le souligne les managers.

M1 : « Charge de travail élevée », (...) « Malheureusement, les quotas ETP (équivalent temps pleins) financés sont trop peu valorisés. Il n'y pas assez de personnel soignant par rapport à la charge de travail ».

M2 : « Charge de travail élevée, non, selon moi, et en réalité quand nous sommes réellement sur le terrain, nous pouvons clairement voir qu'il n'y a pas assez de personnel soignant par rapport à la charge de travail ».

M3 : « La charge de travail est assez lourde notamment dans ce service ».

Les managers quant à eux **se sentent bien** dans **leur fonction**, et dans **leur environnement** de travail. Ils ont une **bonne entente** avec les membres de leur équipe. Un manager trouve sa **fonction lourde avec de grosses responsabilités**.

M2 : « Je me sens très bien dans mon environnement de travail, comme un poisson dans l'eau ».

M1 : « Je me sens bien dans mon environnement de travail, je suis en parfaite étroite collaboration avec l'ensemble de mon équipe ».

M3 : « Je me sens super bien dans ma fonction. Même si ce titre de « chef de service » n'est pas toujours facile puisqu'on a quand même de grosses responsabilités, une équipe à manager, l'ensemble du service à gérer pour avoir le meilleur fonctionnement possible ».

La notion de leadership est présente dans tous les entretiens que j'ai menés. Les managers utilisent **deux styles de management, le management participatif et persuasif**. Ils me disent qu'ils sont très à **l'écoute** des soignants. Ils favorisent un maximum **la communication par divers outils**. Un autre outil de **communication est l'organisation de réunions d'équipe pour discuter** du fonctionnement et de l'organisation du service. Certains managers s'impliquent même dans les soins quand leur équipe est débordée.

Les infirmiers en chef mettent l'accent sur le **soutien de l'équipe**, le fait **d'être disponible et à l'écoute des besoins des membres de l'équipe**. L'importance du rôle de l'infirmier en chef a également été mise en avant de par ses responsabilités managériales. Un **management participatif permet d'inclure le personnel infirmier** dans la prise de certaines décisions, cela facilite la réalisation de certaines tâches selon les personnes interrogées.

M1 : « Je suis un chef qui privilégie l'écoute, les échanges et surtout la collaboration au sein de l'équipe. J'utilise deux styles de management, le management persuasif et le management participatif. Je fais un mix des deux, je m'entends quand je dis que j'utilise les deux : pour le management persuasif il s'agit d'un management organisationnel et en même temps relationnel. Je suis un chef de service qui écoute l'ensemble de mes collègues. J'essaie d'apporter énormément d'explications sur tout. J'aide mes collègues quand ils sont en difficulté. Concernant le management participatif, l'ensemble de mon équipe est impliqué

dans la prise de décision. Je prends en compte leurs idées, leurs suggestions. J'écoute beaucoup ce que l'on me dit, je favorise un maximum les échanges avec l'équipe.

M1 : « Le nursing intégré : qui comme la définition le relate implique que chaque soignant infirmier est responsable d'un secteur et donc d'un nombre de patient déterminé tout le long de son service. L'infirmier doit prendre en charge les soins, les exécutés et les évalués. Il doit favoriser la communication avec les autres membres du personnel afin d'établir un suivi et tenir à jour le dossier informatisé de chaque patient ».

M3 : « J'utilise le management participatif / persuasif, je suis à l'écoute de mon équipe en permanence, j'essaie de faire un maximum pour eux, de les aider quand cela est nécessaire. J'effectue parfois des soins quand je vois que mon équipe est débordée. J'organise 1 fois par mois des réunions d'équipes ».

M2 : « La porte de mon bureau est grande ouverte, les membres de mon équipe peuvent me contacter quand ils le veulent, un groupe WhatsApp a été créé justement pour favoriser les échanges entre tout le monde ».

1) Bien être



Le nuage de mot met en avant la représentation du « bien-être » par les managers.

M1 : « Se sentir bien dans ce que l'on fait, dans ce que l'on est, et ce au travail comme à la maison. C'est trouver un équilibre entre les deux. »

M2 : « Se sentir bien dans son travail et surtout être reconnu par les collègues dans une ambiance sécurisée. »

M3 : « C'est se sentir bien sur son lieu de travail, avoir de bonnes relations avec l'ensemble de son équipe. C'est aussi concilier sa vie professionnelle et sa vie privée. En tant que chef, il va de soi que le mot bien-être au travail est un terme important car on doit prendre en compte la sécurité de l'équipe, être juste avec tout le monde pour les horaires, faire attention

aux facteurs qui pourraient engendrer un mal-être. Promouvoir la bonne entente au sein du groupe. Et surtout favoriser les échanges. »

Le bien- être est rattaché au **contenu du travail, à l'ambiance, aux conditions du travail, ...**
Les managers, comme le personnel, apprécient le fait d'avoir de l'**autonomie**, de pouvoir **s'exprimer librement** et **d'être écouté**. **Le manager semble être l'élément clé du bien-être : de lui provient l'ambiance, la motivation, il amène une cohésion en sein de l'équipe.** Il fait de la **prévention**, mais aussi de la **surveillance** pour éviter tous types d'accidents. Il **organise les plannings de façon équitable** entre les membres du personnel. Et en plus de cela, il préconise des entretiens individuels.

M3 : « Je suis présent à 100% à l'hôpital mais une fois sortie je fais le vide ».

M2 : « Je surveille les présences, les absences de mon équipe. Je dialogue souvent avec eux, il y'a des interactions et donc des discours qui se créés avec l'ensemble de l'équipe. A côté de cela j'écoute attentivement aussi ce que mon équipe veut me dire, je prends note de tout. Je mets en place des entretiens afin de les écouter un par un et d'entendre leur besoins, les points positifs et les points négatifs, leur ressentis, (...) ».

Les chefs infirmiers proposent des **activités ou des formations** externes et internes à leurs équipes pour les soutenir dans leur bien-être au travail.

M2 : « Il existe des formations externes à l'hôpital qui sont disponibles pour l'ensemble du personnel. Concernant les activités, durant le temps de midi, il y a des cours et des exercices dit « pilates » qui sont à disposition du personnel. La méthode pilates permet une approche globale du corps afin de le développer harmonieusement. Elle stimule l'esprit en l'élevant, rectifie les mauvaises postures par exemple ».

M1 : « Formations ou activités à disposition : « Formation pour la communication et l'assertivité » ; « Formation pour les cadres sur la nouvelle génération ».

Les outils mis en place par les managers sont totalement différents, l'un **va favoriser les échanges** pour le bien être de son personnel. L'autre va prendre en **compte les horaires, les désidératas**, ... et pour finir un manager ne va rien utiliser, mais va **préconiser la discussion** si nécessaire.

M3 : « En tant que chef, dans mon unité je n'utilise pas de stratégies particulières pour le bien être de mon personnel, mais la porte est ouverte, je suis tout à fait disponible pour parler ».

M2 : « Les stratégies que je mets en place dans le service pour le bien être du personnel soignant sont :

- Désidératas
- Possibilité de changement d'horaire
- Sortie d'équipe ».

M1 : « L'écoute, la discussion, les évaluations individuelles ».

Un seul manager **essaie de mesurer le bien être** dans son service grâce à **des évaluations par entretien**. **Les autres managers n'emploient aucun outil**.

M2 : « Pour mesurer le bien être du personnel afin d'améliorer mes stratégies je mets en place des évaluations par entretiens, qui me permettent de prendre le temps d'écouter et de voir les difficultés, les besoins, les changements de carrière (ex : temps de travail ...) ».

M1 : « Je n'utilise aucune méthode pour mesurer le bien-être de mon personnel ».

M3 : « Je vous avoue, à part leur demander comment ils vont, si il y'a des soucis, je ne mets rien de spécifique en place pour mesurer leur bien-être, en tout cas aucune échelle n'est employée. ».

2) **Mal être au travail :**

Tous les managers mon certifié que le nombre d'absentéisme pour maladie, burn out, ou épuisement professionnel dans leur service était de 0 et que leur équipe était complète. Les seules absences qu'un des managers a pu avoir sont liées aux grossesses ou aux congés parentaux. Aucun remplacement n'a été mis en place.

M1 : « 0 absence lié au burn out (...) ».

M2 « Les absences de grossesses et de congés parentaux dans mon service non pas pu être remplacées ». « 0 absentéisme pour maladie, burn out... ».

M3 : « Mon équipe est au complète, aucun burn out ni d'absentéisme pour le moment, nous croisons les doigts pour que cela reste ainsi ».

➤ **Stress :**

Les trois managers ne **recourent à aucune échelle de stress** pour pouvoir le mesurer au sein de leur équipe, par contre deux soignants **évaluent subjectivement le stress des membres de leur service** en observant **l'ambiance, le calme et surtout la collaboration et la cohésion de groupe**.

M2 : « Je n'ai aucun outils qui me permet de mesurer le stress de l'équipe, mais je demande souvent leur ressenti en début et fin de journée, par rapport à la charge de travail, à l'harmonie et la cohésion qu'il peut y avoir avec l'ensemble du personnel ».

M1 : « J'évalue subjectivement le stress par :

- La bonne ambiance dans le service ;
- Le calme ;
- Et surtout la collaboration. »

M3 : « Je n'utilise pas d'échelle spécifique pour mesurer le stress au sein de mon équipe ».

➤ **Rôle du manager dans la prévention des risques psychosociaux :**

Les managers jouent un rôle important notamment en matière de **détections des risques psychosociaux**. Ils mettent des **outils tels que le respect, la confiance, l'écoute, la communication, mais aussi des évaluations**. Ils **doivent anticiper, et ouvrir grand leurs yeux et leurs oreilles** pour éviter tout risque dans leur service.

M1 : « En tant que manager j'ai le devoir de savoir et de détecter les différents risques psychosociaux. J'essaie d'instaurer au maximum un climat de confiance avec l'ensemble de mon équipe, en mettant en place des outils clés tels que : le respect, la confiance, la communication, l'écoute, l'encouragement au travail ».

M2 : « En tant que manager, mon rôle dans la prévention des risques psychosociaux est :

- L'évaluation de mon équipe ;
- La surveillance afin de prévenir tous risques psychosociaux ;
- La détection ;
- Et l'anticipation.

Pour cela j'instaure un climat de confiance avec chaque membre de l'équipe. Je les encourage dans leurs activités journalières. Je les pousse à instaurer un maximum la communication avec tout le monde. Je favorise beaucoup l'écoute, la réflexion, les idées, la participation ».

3) Les stratégies de bien être :

Les soignants peuvent faire **appels aux personnels qualifiés lors de situations spécifiques**. Les personnes mentionnées par les managers sont : « **eux-mêmes, la direction nursing, une psychologue, mais aussi des services spécifiques tels que la médecine du travail ou les psychiatres.** »

M1 : « Ils peuvent venir en discuter avec moi, ou ils peuvent prendre contact avec des personnes qui seront plus en mesure de répondre à leurs attentes comme la direction ou la psychologue, tout dépend du contexte et de la situation ».

M2 : « Le moyen que je favorise le plus et que je leur conseille vivement lorsqu'une situation les préoccupe c'est de venir directement en discuter avec moi. Les personnes de contact au sein de l'hôpital à qui le personnel soignant peut faire appel sont les membres de la direction de Nursing ».

M3 : « Les membres du personnel peuvent faire appel à certaines personnes ou certains services tels que :

- la cellule spécifique au PTSD via la médecine du travail ;
- ou des psychologues et psychiatres de l'institution ».

Les managers suggèrent **différentes idées que l'hôpital pourrait instaurer** pour améliorer le bien-être de l'entièreté du personnel : **des lieux de communication, des séances de kiné et d'ostéopathe gratuites de temps en temps, des séances de yoga, du sport. Un manager propose aussi de recevoir des « repas » offerts pour favoriser le bien être, la reconnaissance du personnel.**

M2 : « Des lieux de relations, la présence d'un kiné ostéopathe le temps de midi et 1 à 2 fois par an des « repas » offerts (street food), afin de favoriser le bien-être de ses employés. »

M1 : « L'hôpital pourrait instaurer en plus une salle de détente avec comme exemple des séances de yoga ou autre... »

M3 : « Des séances de fitness, de la sophrologie, des cours de zumba, des sorties en familles dans des parcs, une salle avec des fauteuils de massage, des soins de pieds et pourquoi pas de la manucure. »

Après avoir présenté les résultats de mon travail de recherches, je vais maintenant les confronter et les mettre en discussion avec les notions abordées dans le cadre conceptuel.

A. Discussion :

L'objectif de cette partie est de répondre à notre question de recherche qui est la suivante :

« Quels sont les ressentis face au stress et aux diverses stratégies de bien-être mises en place dans leur institution ? ».

Mais aussi à mes sous questions qui sont les suivantes:

- Quel est le niveau de stress ressenti par le personnel et la charge de travail dans celui-ci ?
- Quelles sont les stratégies actuelles utilisées par les ressources humaines et/ou les managers ?
- Les soignants ressentent-ils un état de bien être amélioré grâce aux stratégies proposées ? (Sont-elles adaptées ?)
- Ont-ils des propositions pour adopter de nouvelles stratégies ?

Pour cela il est nécessaire de confronter notre cadre théorique issu de la littérature scientifique avec les résultats obtenus lors des entretiens.

Ma partie discussion sera abordée de la manière suivante : discussion des soignants et des managers pour chacun des thèmes pertinents que j'ai abordés durant l'analyse des données.

1. La qualité de vie au travail :

Les soignants ainsi que les managers interviewés nous ont fait part de la surcharge de travail que peuvent connaître les soignants chaque jour au travail. Nous savons très bien que le métier d'infirmier n'est pas facile. Les soignants sont confrontés à de nombreux facteurs dont principalement la charge de travail mais aussi le rythme qui est souvent intense. Les soignants se retrouvent souvent avec de nombreuses tâches à réaliser et des imprévus qui surviennent sans pour autant avoir du renfort. Justement les infirmiers soulignent un manque de personnel, les soignants se sentent submergés et débordés. Ils font face à la pénibilité du travail et à une certaine pression. Ils n'ont pas vraiment le choix, ils doivent effectuer les tâches et prendre en charge les patients qu'ils accueillent malgré la fatigue qui les submerge. Il faut aussi prendre en compte que les soignants peuvent travailler jusqu'à 12h par jour pendant 3 ou 4 jours d'affilé.

De plus certains jours ils ne prennent aucune pause jusqu'à l'heure du midi, ils enchainent leur travail ce qui peut entraver leurs besoins physiologiques (boire ou manger)

Les services des urgences et les services de chirurgies que ce soit pour le CHU Saint Pierre ou la clinique Ste Anne-st Rémi, sont remplis en permanence. Ce sont des services lourds.

L'intensification du travail et le temps de travail font partie des 6 catégories des risques psychosociaux. (Les facteurs qui peuvent influencer les RPS sont multiples, mais sur bases des travaux et d'experts, les RPS ont été regroupés en 6 catégories. Gollac et Bodier (2011) ont regroupé six principaux facteurs de risques : « intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail ».)

Les managers devraient prendre en considération cet aspect-là car il y'a un risque de maladies psychosociales au sein de leur service.

D'après Karasek (1990) la charge du travail est impliquée dans la favorisation du stress, nous verrons plus en détails ceci dans le point « stress »

Malgré la charge de travail et le rythme intense la plupart des soignants se sentent bien dans leur travail, notamment parce qu'il y a de bonnes relations dans l'équipe.

Le modèle de Siegrist(1990) et Karasek (1990) nous montre que les relations de travail et les relations entre collègues et le supérieur hiérarchique peuvent avoir des effets négatifs sur le travail et sur la santé du travailleur. Ils montrent aussi que la confiance est le principe fondamental pour avoir de bonnes relations. La dévalorisation des travailleurs, les supports sociaux tels que le soutien social et la reconnaissance peuvent influencer les facteurs de stress.

Nous pouvons mettre en lien la littérature et les résultats des interviews. En effet, les entretiens montrent que la reconnaissance au travail varie, mais qu'elle est aussi importante pour le personnel. Les soignants aiment être soutenus que ce soit par les collègues ou par le chef de service. Le soutien social est considéré par plusieurs auteurs comme une variable tampon produisant un effet protecteur contre les effets du stress, prévenant ainsi le développement d'une symptomatologie (stress buffering model) (Cutrona et Russell, 1990 ; Cohen et Wills, 1985 ; Cobb, 1976), alors que d'autres le considèrent comme une variable plus fondamentale à l'adaptation, ayant un effet direct sur la santé et le bien-être, et ce indépendamment des conditions de stress (Caron, 1996a ; Cooke, 1986 ; Thoits, 1983 ; Cassel, 1976). Un soignant a fait remarquer qu'il n'avait aucun soutien de son chef, aucune considération, ce qui peut avoir

un impact sur son bien-être. Ceci peut engendrer malheureusement des tensions dans les relations. Hors dans les résultats des managers j'ai pu constater que tous les chefs de services ont clairement dit qu'ils étaient à l'écoute de leur équipe, et qu'ils les soutenaient. Les managers ont aussi souligné qu'ils utilisent le management participatif et le management persuasif. Il y'a donc une divergence dans les propos relatés.

Lors de nos entretiens, j'ai pu constater que la communication était tout aussi importante que le leadership, que ce soit entre les différents niveaux hiérarchiques.

La communication est à double tranchant, elle peut avoir des effets positifs et à la fois des effets négatifs. Le manque de communication mènera à des conséquences. De plus, comme je le dit dans ma partie théorique le manque de communication est la preuve d'un management inefficace.

L'importance d'être à l'écoute de ses collègues est un élément qui revient plusieurs fois dans les entretiens. L'écoute active de la part des cadres permet de faire preuve d'ouverture et de considération envers le personnel de terrain qui se sent écouté (Guess et al.,2008). Le métier d'infirmier peut parfois être lourd physiquement et psychologiquement d'où l'importance pour le personnel de se savoir écouté.

2. Le bien être :

La représentation du mot « bien-être au travail » pour les personnes interrogées est diverse. En effet, le mot bien être selon l'OMS rappelons-le, est : *« un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail »*. Cette notion de bien-être au travail représente : *« un état d'esprit global subjectif lié à la satisfaction, à l'épanouissement autant pour soi-même (son corps) que pour son esprit »*.

Pour les soignants le « bien-être » au travail est défini par un épanouissement dans celui-ci. Ils mettent en avant des termes essentiels tels que « épanouis ; être heureux ; être en sécurité, être en harmonie sans contraintes ». Par contre, certains soignants emploient des mots plus dur pour définir le bien-être au travail qui ont une connotation négative : « ils ne doivent pas être dégoûtés le matin en allant au travail ; ne pas aller au travail avec les pieds de plomb ou râler ; c'est un jour où on ne souffre pas de harcèlement de la part des patients ; un endroit où on a envie d'aller sans avoir la boule au ventre et qui ne nous rend pas anxieux ».

Le bien-être est avant tout une satisfaction générale de soi, mais aussi liée à l'emploi et à ses compétences professionnelles. L'un des soignants nous dit ne pas être satisfait et ne pas se sentir bien lorsque les soins ne sont pas bien faits. Si les personnes ont un sentiment d'insatisfaction cela peut avoir des conséquences individuelles (physiques, psychologiques, comportementales) et organisationnelles (productivité, absentéisme, performances...). (Voir tableau inspiré de Danna & Griffin).

Les managers décrivent le bien-être comme un état de d'esprit qu'il faut équilibrer entre la vie professionnelle et la vie privée. La reconnaissance des collègues, l'ambiance, la sécurité sur le lieu de travail sont des éléments essentiels pour favoriser le bien être. En effet, une personne qui se sent bien dans son travail, apportera des ondes positives à l'ensemble de l'équipe et sera satisfaite.

L'environnement de travail, les facteurs de stress professionnel et la pratique de GRH peuvent avoir un impact sur le bien-être au travail, sur la santé au travail mais aussi sur la satisfaction au travail (voir tableau inspiré par Danna & Griffin).

Les soignants soulignent durant les interviews que la surcharge de travail est l'un des principaux éléments qui a une influence sur leur bien-être au travail. Lors d'une enquête INRS, 25 % des travailleurs ont déclaré que le travail a eu des effets essentiellement négatifs sur leur santé. Rajoutons que les patients, les accompagnants souvent agressifs sont aussi une source qui agit négativement sur la satisfaction au travail. Les soignants se sentent souvent en danger, et en manque de sécurité.

Nous voyons très bien d'après les entretiens avec les soignants que l'environnement de travail (les risques pour la santé, la sécurité, les autres risques et le danger); le contenu du travail, agissent en permanence sur le bien-être des employés.

En Belgique, la législation sur le bien-être du 4 août 1996, oblige les employeurs à effectuer un diagnostic et à mettre en place un plan de charge psychosociale au travail. La méthode de diagnostic des charges psychosociale produit des attentes et amène à des plans d'action. De ce fait, cette loi distingue 7 domaines :

1. La sécurité au travail

2. Protection de la santé du travailleur

3. La charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

4. L'ergonomie

5. L'hygiène du travail

6. L'embellissement des lieux de travail

7. Les mesures prises par l'organisation en matière d'environnement.

Or, ici, j'ai pu constater d'après les propos des soignants que la législation sur le bien-être du 4 août 1996, n'est pas forcément respectée, certains soignants ne se sentent en aucun cas en sécurité sur le lieu de travail. Certes, l'institution met en place « un » seul agent de sécurité pour tout l'ensemble de l'hôpital ce qui est quand même peu.

Lors des entretiens, j'avais voulu savoir si les managers prenaient en considération le bien-être des soignants. D'après les infirmiers, les chefs font attention à respecter les desideratas des horaires souhaités. Selon l'article *Work Cultures and Work / Family balance* : « Les horaires de travail sont un point important pour les soignants, les heures de travail supplémentaires provoquent des répercussions plus ou moins graves telles que la baisse du bien-être au travail, l'adoption de comportements nuisibles pour la santé et des difficultés relationnelles.

La flexibilité des horaires du travail peut comporter certains avantages : gestion en parallèle de la vie familiale et professionnelle qui permettent de réduire le stress, faire diminuer l'absentéisme et par ailleurs augmenter le moral et l'autonomie de la personne ».

Une soignante m'a fait savoir que sa chef faisait quant à elle, des évaluations individuelles avec les membres de l'équipe pour mettre l'accent sur : « les 5 point du bien-être ». Cette manager prend donc en compte le bien être de son personnel en les évaluant pour savoir ce qui peut être changer et si chacun se sent bien.

Par contre un soignant nous fait remarquer que son chef ne prend pas en compte le bien-être de l'équipe, ce qui peut nuire à ce dernier. Par manque d'effectif dans l'équipe les horaires ne sont pas totalement respectés par le manager.

En 2008, Jean-Pierre Brun relate : « À chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou un facteur de protection pour la santé de ses équipes » (Brun in Olié & Légéron, 2016).

Concernant les managers, j'ai voulu savoir comment ils veillent au bien être de leur équipe. Les managers ont comme fonction selon la littérature de manager, d'organiser le travail, de gérer, d'assurer le leadership tout en favorisant une cohésion et l'esprit d'équipe (Larousse,2022) ; (Olivier Parent du Chatelet et al).

Ici pour les managers le bien-être est quant à lui rattaché au contenu du travail, à l'ambiance et aux conditions du travail. Le manager est un élément clé du bien-être : de lui provient l'ambiance, la motivation, il amène une cohésion au sein de l'équipe. Par le biais et avec l'aide de la direction, il doit effectuer un diagnostic des charges psychosociales, il doit faire de la prévention, mais aussi de la surveillance afin d'éviter toutes conséquences sur la santé physique ou mentale du personnel. Tout simplement parce que les chefs infirmiers sont les garants du bien-être des membres de leur équipe. En effet, les membres de l'équipe sont en contact direct avec le manager qui constitue pour eux la personne de référence et le membre de la hiérarchie le plus facilement accessible. Les infirmiers en chef jouent un rôle important au sein d'un hôpital, car ils doivent contribuer à la création d'un environnement de travail positif.

Ils organisent les plannings de façon équitable entre les membres du personnel. Et en plus de cela ils préconisent des entretiens individuels.

Dans leurs services les chefs infirmiers disent que des activités et/ou des formations sont proposées à l'équipe pour les soutenir dans leur bien-être au travail, les activités en question ne sont pas propres au service mais plutôt à l'institution ou externe à l'hôpital. Je ne m'attarde pas trop sur ce point-là car, je détaillerais plus ceci dans les stratégies de bien-être.

Par contre, certains mettent en place des outils propres à chacun, bien entendu, pour l'accroissement du bien-être de l'équipe. Les outils utilisés par les managers sont divers, la plupart vont favoriser les échanges et l'écoute qui sont très importants comme nous avons pu le voir plus haut dans la discussion. Les autres prendront en compte les désidératas des horaires. Un seul proposera des sorties d'équipe. Par contre, un chef souligne le fait qu'il n'utilise pas de stratégies particulières.

Faisons un lien avec les propos des soignants et des managers. Le fait de ne pas utiliser d'outils ou de stratégies pour le bien-être montre, en effet, que le manager peut avoir un manque d'informations sur le bien-être de son équipe et ne répond pas en totalité à la favorisation de celui-ci comme il devrait le faire.

3. Le mal-être :

Il va de soi qu'après avoir abordé la notion de bien être, il a fallu interroger nos interlocuteurs sur la thématique du mal-être, qui comprend : le stress, les risques psychosociaux et le Burn out.

Le terme de burnout est un mot qu'on entend de plus en plus souvent dans les organisations à l'heure actuelle. Je n'ai pas eu la chance de tomber sur une personne ayant vécu une situation de Burn out au travail. Qui, rappelons-le, est : « Un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement (physique et émotionnel), un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces ». (Schaufeli & Enzmann, 1988).

J'ai pu constater après l'analyse des entretiens, que le nombre de cas de mal être et/ou Burn out variait selon les services. Deux Burn out ont été recensés dans le service de chirurgie et 2 dans le service des urgences du même hôpital. Pour les autres services il n'y a pas eu de cas de burn out. Une infirmière m'a précisé que les personnes ayant été touchées par le mal-être ont pu être dirigées vers un autre service. Ce qui montre que la hiérarchie se mobilise pour éviter la souffrance des soignants dans les services et leur propose de s'orienter vers un autre service. Ils mettent des actions en place. Par contre un soignant mécontent, tiens à préciser que dans son service : « rien n'a été mis en place jusqu'à maintenant pour éviter le mal, le stress ... ».

Malheureusement je n'ai pas eu plus de détails sur les différents cas de Burn out des services en question et sur le management qui a pu être mis en place.

Les soignants ont préféré ne rien relater par manque d'informations en leur possession.

Le Burn- out doit être vu comme une sonnette d'alarme par la hiérarchie et les chefs de service.

Du côté des managers tout va bien, selon eux, le nombre d'absentéisme dû à une maladie, burn out, ou à l'épuisement professionnel dans leur service est de 0 cas. Ce qui veut dire que leur équipe est au complète. Aucun n'a fait référence à des cas de burn out antérieur bien évidemment. Les seules absences recensées pour le moment sont dues aux écarterments de grossesses et aux congés parentaux.

En ce qui concerne le stress, c'est l'une des notions qui revenait fréquemment lors des entretiens. Selon l'INRS « on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre ».

L'accumulation de stress peut engendrer de nombreuses conséquences sur la quasi-totalité des aspects de la santé et peut se traduire à la longue sur un dommage psychosocial réel.

Le stress constitue aujourd'hui un enjeu majeur dans le monde du travail, car ses répercussions sur la main-d'œuvre, sur les organisations et sur la société en général prennent une ampleur considérable (Côté, Tremblay et Styve Audrey, 2012).

Selon des recherches le stress coûterait au niveau Européen 20 milliards d'euros et il serait à l'origine de 50 à 60 % des journées de travail perdues (Étude INRS sur le coût du stress professionnel 2007).

Nous pouvons faire le rapprochement des résultats avec les chiffres de l'étude INRS qui nous confirment que sur le terrain le stress est présent en permanence qu'il soit bon ou mauvais. Après avoir interrogé les soignants pour savoir sur le mois combien de fois ils se sont sentis nerveux ou stressés, 5 d'entre eux ont répondu l'avoir été entre 6 et 10 fois. Les deux autres soignants se sont sentis stressés entre 0 et 5 fois.

Dans la vie de tous les jours les soignants ont répondu qu'ils étaient la plupart moyennement stressés 71% et 29 % pour les personnes peu stressées.

Comme j'ai pu le dire le stress peut être favorisé par de multiples facteurs. Selon ce qui a été évoqué par les soignants, la mauvaise ambiance, les conflits interne entre collègues, la charge et travail, le rythme, le manque de personnel, l'insécurité et l'agressivité des patients et de la famille

Certaines situations aux urgences concernant des cas graves et des tâches multiples qui doivent être faites en même temps peuvent accentuer aussi le stress chez les infirmiers comme nous le relate l'une des infirmières que j'ai interrogé.

Une soignante rajoute le fait que parfois certains collègues soient fainéants ce qui lui procure d'avantage de stress.

En effet, comme je l'ai décrit dans ma partie théorique « partie facteurs organisationnels du stress » et dans le modèle inspiré de Danna & Griffiri, les facteurs de stress professionnel

correspondent aux points suivants : conception du travail (charge du travail, charge mentale charge physique, charge émotionnelle), les horaires de travail, les relations de travail, structure et climat organisationnel, gestion de vie personnelle et professionnelle peuvent générer du stress auprès du personnel soignant.

Les propos des soignants concernant les facteurs qui peuvent générer du stress sur eux sont en parfait accord avec la littérature.

Il est difficile de qualifier et de mesurer le stress, car c'est une notion subjective. Par contre, il existe des modèles généraux qui mesurent le stress partiellement, et des modèles spécifiques qui mesurent les facteurs de stress spécifiques. Les questionnaires et les entretiens individuels sont les techniques les plus fréquemment employées.

Voici des échelles qui peuvent être utilisées :

- Echelle de Cohen et Williamson qui est utilisée pour évaluer la perception du stress par exemple.
- Le modèle de Karasek (1979) qui met en évidence les facteurs de stress inhérents à l'organisation du travail et non aux caractéristiques individuelles des travailleurs. Ce modèle est accompagné d'un questionnaire d'évaluation.

Les trois managers ne recourent à aucune échelle de stress. Comme je l'ai déjà dit il est très difficile de le mesurer. Deux soignants évaluent le stress subjectivement en observant l'ambiance, le calme, la collaboration, la cohésion de groupe et surtout en questionnant les soignants en fin et début de journée sur la charge de travail.

Lorsque des situations stressantes apparaissent les soignants mettent en place des méthodes différentes propres à chacun.

L'une de ces méthodes, appelée « coping » est régulièrement déployée par les soignants pour faire face à des contextes stressants. *« Le coping représente l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant que déploie l'individu pour gérer les exigences spécifiques internes/ ou externes, évaluées comme consommant ou excédant ses ressources ».* (Lazarus & Folkman, 1984).

En effet, il existe deux stratégies de coping : le coping centré sur le problème et l'autre sur l'émotion. Les soignants font appel aux deux puisqu'ils recourent au chant, à la discussion avec les collègues ou les patients, à l'isolement pour faire des exercices de respiration, mais encore au sport, à la musique.

Une soignante se protège en mettant « un bouclier » et devient insensible à tout, dans le but d'éloigner les énergies négatives qui peuvent se trouver autour d'elle.

Néanmoins, une seule soignante n'arrive pas à gérer ses émotions et son stress, elle ne met aucune stratégie ou activité en place.

Les managers jouent un rôle important notamment en matière de détections des risques psychosociaux. Les causes et les risques psychosociaux sont dus à de nombreux facteurs qui en sont à l'origine : la réorganisation des méthodes de travail, l'apparition de nouvelles organisations et de nouvelles technologies, les travailleurs sont exposés à des risques psychosociaux, voire à des troubles psychosociaux (mal-être, inquiétude, souffrance ou stress dont l'origine est l'environnement professionnel). (Dejours & Gernet, 2016).

Selon l'Arrêté royal du 10 avril 2014, article 2, les risques psychosociaux au travail sont définis comme suit : (Moniteur Belge, 2014).

« Pour le législateur, les risques psychosociaux (RPS) représentent « La probabilité qu'un ou plusieurs travailleurs subissent un dommage psychique, qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger ».

En effet, nous avons vu précédemment que les soignants sont en permanence exposés à de nombreux facteurs qui peuvent justement provoquer des risques psychosociaux comme l'indiquent les définitions.

Ils mettent en place des outils tels que le respect, la confiance, l'écoute, la communication, mais aussi des évaluations. Ils doivent anticiper, et ouvrir grand leurs yeux et leurs oreilles pour éviter tout risque dans leur service. Tout ceci fait partie du rôle du manager, comme le dit très bien Anne Dietrich dans l'article "Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène", le manager est situé entre la direction générale et les exécutants ».

L'analyse des RPS fait partie de la prévention primaire qui agit en amont de manière à réduire le risque d'exposition à des risques. Selon la santé au travail FP : *« Relèvent de la prévention primaire les actions de prévention au sens fort du terme, positionnées en amont des situations de risques qui visent à supprimer, voire réduire les risques. En matière de RPS, il s'agira d'actions touchant à l'organisation du travail, aux collectifs*

et relations de travail, au management, au fonctionnement des services. Elles visent à modifier les conditions concrètes de l'activité des agents en supprimant -ou en réduisant fortement- les causes des situations génératrices de RPS.

La mise en place d'évaluations et d'entretiens fait partie de la prévention secondaire qui a pour objectif de réduire la prévalence de la morbidité en rapport avec l'activité. Selon la Santé au travail FP : « *Relèvent de la prévention secondaire les actions de prévention qui visent à réduire les atteintes à la santé des individus en les aidant à mieux gérer les situations à risques.*

4. Stratégies de bien-être :

Pour que les soignants puissent gérer les situations stressantes les institutions sont censées mettre à disposition un minimum de moyens pour y faire face. Après avoir analysé les entretiens je voudrais faire remarquer que la plupart des soignants ne relate pas grand-chose à ce sujet-là. Certaines personnes ne sont pas au courant des outils existants, par manque de communication et d'information ou par un désintérêt du soignant vis-à-vis de ça. La véritable raison me reste inconnue.

Deux soignants me rapportent qu'une psychologue avait été mise à disposition durant une période spécifique telle que la crise du covid 19 que nous avons subie récemment, mais aucun des deux n'y a eu recours ou pris contact avec elle.

Les autres moyens exprimés par les soignants sont les séances de relaxation, le renfort de l'équipe mobile, en cas d'absentéisme dans un service ou de la charge de travail importante. Une meilleure répartition de la charge de travail et une organisation efficace en vue d'alléger le personnel infirmier dans les unités de soins constituent une première façon de maintenir les infirmiers à leur poste (Buchan, 2013). Et pour finir la communication avec l'ICAN infirmier qui rappelle le, se trouve en général au sein de la direction.

Là aussi, les soignants ne savent pas vraiment me répondre lorsque je leur demande quelles sont les stratégies qui existent dans leur service et dans leur institution. Ils répondent de façon incertaine « je pense », ou encore « il faut que je demande à mon chef ». Le yoga et le soutien psychologique restent toutefois les deux stratégies qui sont mises en place dans les hôpitaux selon les infirmiers. Les cours de yoga sont organisés en interne c'est-à-dire dans l'hôpital, généralement durant les heures de travail des soignants. Ceci peut être un avantage mais aussi un inconvénient puisque les heures proposées ne conviennent pas à tout le monde.

Au sein de chaque institution et de chaque service des personnes ressources peuvent être sollicitées en cas de soucis, ou au contraire pour partager des moments de convivialité.

Je constate que tous les soignants peuvent interagir et exprimer leur ressenti avec leur collègues, leur chef infirmier ou le cadre de la direction.

Le facteur de protection de l'épuisement professionnel considéré comme le plus efficace est le soutien social, c'est-à-dire le réseau d'aide qu'une personne peut solliciter lorsqu'elle est confrontée à des situations professionnelles problématiques (Talmor et al., 2005, Wasburn-Moses, 2005, Doudin et al., 2009). Ils vont renforcer leur cohésion de groupe, tisser davantage de liens sociaux. La communication, les échanges entre collègues permet d'améliorer les relations, d'instaurer un climat de confiance. Tout ceci aura un impact positif sur leur santé et leur bien-être. De nombreuses recherches montrent combien le soutien social est important pour la santé. Des chercheurs : House, Landis et Umberson en 1988 dans une méta-analyse ont démontrés que le soutien social était associé à une meilleure santé.

Pour les managers, les personnes ressources auxquelles les soignants peuvent faire appels sont : la psychologue, eux-mêmes, la direction nursing et pour finir des services spécifiques tels que la médecine du travail.

Les entretiens avec les soignants, me montre qu'ils n'ont jamais participé à une formation, mais en plus de cela aucune ne leur a jamais été proposée.

Seulement des activités telles que des sorties avec l'équipe, ou des séances de relaxation ont été proposées afin de les soutenir dans leur bien-être.

J'ai souhaité savoir ce que l'hôpital pourrait faire de plus afin de favoriser le bien être des soignants ainsi que celui des managers bien entendu.

Tous deux recommandent et souhaitent avoir accès à une salle de repos avec des fauteuils. Celle-ci permettra aux soignants qui font de longues journées de pouvoir s'y reposer durant les heures de pauses.

Puisque les séances de yoga ne sont parfois pas accessibles pour tous à causes des contraintes d'horaires, certains demandent des « vouchers » ou l'accès à des cours en ligne.

Plus de formations à dispositions comme par exemple des formations sur le yoga, la relaxation qui permettrons d'atténuer les situations stressantes. Les salles de jeux, des séances de sport. Une soignante nous a fait part de son envie d'avoir du matériel adapté tels que des chaises ayant des dossiers, par exemple, et non des tabourets qui ne sont pas confortables pour manger.

Les managers souhaiteraient aussi des lieux de communication, ou tout le personnel de l'hôpital pourrait partager davantage.

Un manager aimerait que l'institution mette à leur disposition des séances de kiné et d'ostéopathe gratuites de temps en temps. Un manager propose aussi de recevoir des « repas » offerts pour favoriser le bien être ainsi que la reconnaissance du personnel.

Et pour finir recevoir plus d'attention, de reconnaissance et d'écoute sans y mettre de préjugés en amont.

- **Résumé :**

L'objectif principal de mon mémoire était de répondre à la question de recherche :

« Quels sont les ressentis face au stress et aux diverses stratégies de bien-être mise en place dans leur institution ? ».

Mais aussi à mes sous questions qui sont les suivantes:

- Quel est le niveau de stress ressenti par le personnel et la charge de travail dans celui-ci ?
- Quelles sont les stratégies actuelles utilisées par les ressources humaines et/ou les managers ?
- Les soignants ressentent-ils un état de bien-être amélioré grâce aux stratégies proposées ? (Sont-elles adaptées ?)
- Ont-ils des propositions pour adopter de nouvelles stratégies ?

Comme nous avons pu le voir le niveau de stress ressenti par le personnel est très élevé notamment à cause de plusieurs facteurs qui procurent celui-ci. La charge de travail fait partie des principaux facteurs qui génèrent du stress en permanence.

La charge de travail n'est pas le seul facteur responsable du mal-être des soignants. Le rythme du travail est parfois si intense pour eux, qu'ils n'arrivent pas à effectuer leurs soins comme ils le devraient. Le fait de ne pas pouvoir faire leur métier correctement, bâcler parfois les tâches qui doivent être faites car il y'a trop de travail. Cela leur engendre une insatisfaction personnelle. Les imprévus qui peuvent survenir à tout moment n'arrangent pas forcément les choses, d'autant plus qu'ils n'ont parfois pas d'aide supplémentaire pour tout faire.

Sur le mois, les personnes que j'ai interrogées avaient en moyenne ressenti 6 à 10 fois du stress. Malheureusement les managers n'utilisent aucune échelle pour mesurer le stress, même si celui-ci reste subjectif dans son évaluation.

Comme j'ai pu le dire, le stress peut être favorisé par de multiples facteurs. Selon ce qui a été évoqué par les soignants ; la mauvaise ambiance, les conflits internes entre collègues, la charge de travail, l'agressivité des patients, ...

L'institution et les managers favorisent des stratégies pour justement favoriser le bien être.

Une soignante nous avait fait part du fait que la direction pouvait diriger certains soignants vers d'autres services lorsqu'ils étaient en état de mal-être.

Les évaluations et les entretiens dans certains services sont aussi employés par les managers.

Lors de situations spécifiques, le soutien social et la psychologue sont proposés et mis à disposition du personnel.

Malgré la charge de travail, les soignants se sentent bien dans leur travail, notamment grâce à l'ambiance des services, la cohésion d'équipe, la communication adéquate et fluide qu'il peut y avoir entre les membres.

Toutes les stratégies ne sont pas forcément adaptées, les soignants demandent des stratégies supplémentaires qu'ils jugent plus importantes pour favoriser leur bien-être.

Un soignant nous a souligné que dans son service justement, rien n'était mis en place après qu'il y ait eu 2 Burn out, ce qui n'est pas normal. Ceci devrait mettre la puce à l'oreille aux managers mais aussi à la direction.

Pour finir, j'aimerais écrire quelques phrases sur l'un des objectifs que j'avais, qui était de comparer deux institutions. En effet j'ai interrogé des soignants et des managers de deux hôpitaux différents, mais aussi de services différents.

En globalité ce qu'il en ressort :

- La charge de travail reste la même partout, elle est aussi importante d'un hôpital à un autre ;
- L'intensité du rythme de travail est élevée que ce soit au CHU St pierre ou à la Clinique Ste Anne-St Rémi ;
- Le stress est présent partout, les soignants font faces aux mêmes situations stressantes ;

- Concernant le management, j'ai pu remarquer dans le service de chirurgie de St Anne st Rémi que les propos du manager n'étaient parfois pas en adéquation avec les propos des infirmiers interrogés ;
- Le style de management utilisé est le même (persuasif et participatif), certains sont peut-être plus à l'écoute que d'autres et plus sur le terrain ;
- Les soignants du CHU de st pierre ne sont pas informés ou ne sont pas certains des stratégies et/ou formations mises à leur disposition ;
- La clinique St Anne st Rémi propose davantage de stratégies (selon les informations que j'ai à ma disposition).

Recommandations :

Nous avons pu voir que la santé des employés est mise à rude épreuve et que cela à un énorme impact sur leur bien-être qu'il soit positif ou négatif. Pour cela, les personnes interrogées ont pu nous proposer des recommandations afin d'améliorer ou d'entretenir au mieux le bien-être des soignants.

Grâce aux interviews et à la littérature, je peux proposer de mettre en place certaines actions :

- Etablir différents moyens de communication (affiches, réunions, ...), des différentes activités ou formations qui sont proposées par l'hôpital pour améliorer le bien-être car la plupart du temps le personnel n'est pas informé comme il se doit. Mais aussi pour prévenir les risques psychosociaux...
- Mettre des salles à disposition du personnel pour qu'il puisse souffler un maximum durant les pauses avec, bien entendu, des fauteuils pour pouvoir faire des siestes ne serait-ce que 15 minutes.
- Proposer d'avantages de séances de yoga afin que le personnel soignant puisse y participer au sein de l'hôpital ou donner à chacun un voucher pour qu'ils puissent se rendre eux-mêmes à des cours à l'extérieur de l'institution.
- L'hôpital pourrait instaurer des lieux de relations afin d'améliorer et de faciliter la communication, les échanges.
- Certains membres du personnel souhaiteraient avoir accès de temps en temps à des séances de kinésithérapie ou d'ostéopathie le temps de midi afin de décompresser mais aussi de se relaxer.
- Pour avoir un peu plus de reconnaissance, certains aimeraient recevoir 1 à 2 fois par an des « repas » offerts avec des paniers de fruits ce qui favoriserait d'avoir des repas plus sains, par exemple. Le bien-être passe aussi par une bonne alimentation. Il serait intéressant de mener une enquête pour savoir si le stress, la charge de travail amènent les soignants à manger tout et n'importe quoi et d'avoir un régime alimentaire pas sain pour leur santé
- De créer un questionnaire pour analyser les symptômes de l'épuisement professionnel, du stress, des risques psychosociaux des travailleurs afin de poser un diagnostic rapidement.

- Faire des mots d'encouragement pour motiver l'équipe (le chef de service et la direction).
- Faire des fiches d'évaluation journalière du travail.
- Comprendre les réactions de ses employés et s'y ajuster : le chef de service doit défendre l'intérêt de ses employés auprès de la direction.
- Faire participer l'équipe aux décisions : pour susciter de l'engagement, la participation aux décisions est productive quand celles-ci concernent le travail des employés (horaires, assignation des tâches, organisation du travail).

Limites et perspectives :

Les limites :

Voici quelques limites que j'ai rencontrées pour la réalisation de ce travail.

La première limite concerne l'étude auprès de personnes interrogées. En effet, je n'ai pas eu l'occasion d'interroger la direction des hôpitaux dans lesquels j'ai effectué les divers entretiens avec le personnel soignant et les managers. J'ai effectivement envoyé et appelé à plusieurs reprises les directions de plusieurs hôpitaux de Bruxelles. Soit je n'ai reçu aucune réponse de leur part comme j'ai déjà pu le mentionner plus haut, soit j'ai reçu des réponses négatives. L'entretien avec la direction m'aurait donné l'opportunité d'obtenir leur regard sur leur manière de gérer l'organisation. De plus il aurait été intéressant de pouvoir interroger le directeur des ressources humaines du secteur infirmier des hôpitaux dans lequel j'ai enquêté.

Deuxième limite concernant le personnel soignant, il aurait été intéressant d'interroger d'avantage d'infirmiers pour avoir un échantillonnage représentatif de l'ensemble du personnel des hôpitaux respectifs. Cependant, vu la charge de travail qu'ont les membres du personnel, il est difficile d'avoir des rendez-vous et de pouvoir les retenir pendant des heures.

Troisième limite : aucun membre du personnel de nuit n'a été interrogé ce qui aurait pu être attrayant pour ce travail. Cela afin d'avoir leur point de vue concernant la charge de travail la nuit, le rythme, si les managers pensent à leur bien-être malgré le fait qu'ils n'ont pas les mêmes horaires de travail.

Quatrième limite que je peux relater est que je n'ai pas eu l'opportunité d'interviewer une personne ayant subi un burn-out. Cela m'aurait permis d'en savoir plus concernant ce syndrome, et surtout d'avoir un retour sur l'histoire de l'apparition de celui-ci, comment il a pu être géré, quelles sont les stratégies qui ont été mises en place par l'institution et le manager...

B. Perspectives de l'étude

Le travail que j'ai réalisé pourrait être complété, et poursuivi dans un laps de temps par des études supplémentaires.

Comme j'ai pu le dire précédemment, il serait intéressant et pertinent de mener une enquête pour savoir si le stress, et/ou la charge de travail amènent les soignants à manger tout et n'importe quoi durant les heures de travail et s'ils ont un régime alimentaire qui n'est pas sain pour leur santé.

Conclusion :

Ce mémoire de fin d'année de master en santé publique a pour ambition de réaliser une enquête auprès du personnel soignant, des managers et des GRH afin de mettre en évidence les ressentis des soignants face au stress et aux diverses stratégies de bien-être mise en place dans leur institution.

Pour y répondre, j'ai en effet fait des recherches dans la littérature pour m'informer dans un premier temps afin de récolter un maximum d'informations pertinentes, efficaces pour la suite de mon travail, dans un second temps j'ai réalisé une étude auprès de soignants et de managers de deux hôpitaux de Bruxelles à l'aide d'entretiens semi-directifs.

Dans la vie de tous les jours, chaque individu souhaite satisfaire un maximum ses désirs pour être en totale harmonie avec soi-même et son esprit. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bien-être au travail est « un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu du travail ».

Il va de soi que chaque soignant durant sa carrière peut être confronté au mal-être au travail ou à la souffrance. C'est pour cela que des lois ont été mises en place afin de respecter la sécurité et le bien-être de chaque travailleur. Celui-ci a des droits sur son lieu de travail.

Dans le monde hospitalier et notamment chez les professionnels de la santé, le stress est en permanence présent. Ce stress est favorisé par des facteurs de stress professionnel, par l'environnement mais aussi par les pratiques de GRH instaurées.

J'ai pu constater que l'agressivité des patients, les conflits avec les collègues, la charge de travail peuvent nuire au bien-être des soignants.

Afin de prévenir, et d'éviter d'accroître tout risque psychosociaux, qui causent de nombreux dégâts psychiques, physiologiques, mais aussi des coûts astronomiques à l'entreprise. Il va de soi qu'il faut que le chef de service qui est en lien direct et qui joue un rôle important dans la retranscription des informations à la direction, soit en permanence présent sur le terrain avec l'équipe. Il doit détecter de manière pertinente tous les risques pour le soignant. Il doit veiller à sa sécurité. Il doit instaurer un climat de confiance, favoriser l'autonomie des soignants, évaluer, communiquer et surtout être à l'écoute.

Des stratégies pour accroître le bien être sont mises en places dans les services et les institutions à destination des soignants: la communication, l'écoute et le yoga. Dans une des institutions il y'a même des cours concernant la méthode « Pilates ». D'autres formations sont proposées telles que :

- pour les cadres sur la nouvelle génération
- la communication et l'assertivité

Je soulignerais aussi que les soignants, malgré la surcharge de travail, se sentent bien.

Toutefois, j'ai pu constater dans mes résultats que le personnel soignant n'est pas toujours satisfait des stratégies mises en place. Elles ne sont pas forcément adaptées. La direction devrait revoir ses stratégies de bien être en favorisant justement des formations qui aideraient les travailleurs eux-mêmes à détecter les signes précurseurs des maladies psychosociales.

Bibliographie :

1. L'intensification du travail et les nouvelles pratiques managériales, par Prof. Isabelle Hansez, Université de Liège le 16 janvier 2019.
2. Qu'est-ce que le stress au travail : <https://www.stress.eu.com/stress-au-travail/definition-du-stress-au-travail/> Consulté le 2 octobre 2020.
3. Stress FGTB ; www2.emergences.fr/dossiers/rps/files/2010/02/stress-FGTP.pdf
4. Machado, T., Desrumaux, P. & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. Bulletin de psychologie, numéro 541(1), 19-34. Doi :10.3917/bupsy.541.0019.
5. Laurence Leruse et al. 2006. Le stress au travail facteurs de risques, évaluation et prévention. SPF emploi, travail et concertation sociale.
6. Danna & Griffin (1999) : Health and well-being in the workplace (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014920639902500305>).
7. Le DRH, un homme de pouvoir. (Barès, F. & Cornolti, C. (2006). Le DRH, un homme de pouvoir ? Revue française de gestion, no 165(6), 45-69. Doi :10.3166/rfg.165.45-70).
8. Le rôle RH du manager. (Olivier Parent du Chatelet et all. (2011). Le rôle RH du manager. 3e Panorama RH, Le livre Blanc).
9. Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family : Clarifying the relationship between work and family constructs. Academy of Management Review, 25(1), 178-199.
10. Laurent, Maryse ; Vanhaver, Stéphanie. Lien entre soutien social et syndrome d'épuisement professionnel : Etude de cas approfondi. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2016. Prom. : Périlleux, Thomas. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:7175>
11. Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V. & Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout. *Management & Avenir*, 41, 194-215. <https://doi.org/10.3917/mav.041.0194>

12. Foisy Petaccia, Stéphanie (2018). « L'influence de la segmentation des rôles sur le conflit travail-famille et l'enrichissement travail-famille » Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en sciences de la gestion.
13. Arrêté royal du 14 DECEMBRE 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier-chef de service. (2007). Moniteur belge, 24 janvier, p.03104
14. Arrêté royal du 14 DECEMBRE 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier. (2007). Moniteur belge, 24 janvier, p.03107
15. Arrêté royal du 13 JUILLET 2006 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (2006). Moniteur belge, 28 août, p.42548
16. Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1), 39-48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>
17. Colwell, F. Jordan. « Leadership Strategies to Improve Nurse Retention ». *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING* 6, no 1 (2019). <https://doi.org/10.15640/ijn.v6n1a18>
18. Dorschner, D. (1999). Pénurie infirmière : mythe ou réalité ? – Reflets –. *Érudit*.
19. Consulté à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/ref/1999-v5-n2-ref1766/026281ar/>
20. Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., & Meyers, D. (2017, 5 juillet). Burnout Among Health Care Professionals : A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to... ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/326386428_Burnout_Among_Health_Care_Professionals_A
21. Giraud L. et al., (2012), La fidélisation des Ressources Humaines en période de crise économique. *Revue de gestion des ressources humaines* 2012/2 (N° 84), p. 44-60. DOI 0.3917/grhu.084.0044
22. Jasseron, Carine, Madeleine Estryn-Béhar, Olivier Le Nézet, et Isabelle Rahhali. « Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT ». *Recherche en soins infirmiers* N° 85, no 2 (2006): 46-64.

23. Lebee-Thomas, E. (2018). Et si les Hôpitaux français devenaient des Magnet Hospital ?
24. Retrieved from Et si les Hôpitaux français devenaient des “Magnet Hospital” ? | ManagerSante.com®
25. Meyer, John P., et Natalie J. Allen. « A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment ». *Human Resource Management Review* 1, no 1 (1 mars 1991): 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z).
26. Sibé, M. & Alis, D. (2016). Chapitre 10. L’hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. Dans : Roland Coutanceau éd., *Stress, burn-out, harcèlement moral: De la souffrance au travail au management qualitatif* (pp. 131-145). Paris: Dunod.
27. Simha, A., Elloy, D. F., & Huang, H. (2014, 13 mai). The moderated relationship between job burnout and organizational cynicism. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/275316937_The_moderated_relationship_between_job_burnout_and_organizational_cynicism
28. « Vers une pénurie mondiale de professionnels infirmiers ». SNPI. Consulté le 22 novembre 2021. <https://www.syndicat-infirmier.com/Vers-une-penurie-mondiale-de-professionnels-infirmiers.html>.
29. « 2019 - Etude du burnout dans la population belge - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale ». Consulté le 29 novembre 2021. <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2019-etude-du-burnout-dans-la-population-belge>.
30. « 2013 - Burnout chez les médecins et les infirmiers - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale ». Consulté le 29 novembre 2021. <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2013-burnout-chez-les-medecins-et-les-infirmiers>.
31. Carrié-Milh, S. (2017). Le shiatsu, une nouvelle thérapie en psychomotricité. *Entretiens de psychomotricité*, 1- 4. (<http://psychomot-marseille.fr/wp-content/uploads/2017/01/shiatsu-et-psychomotricite%CC%81.pdf>)
32. Julie Descelliers, « Du Japon à la France : comment faire exister l’énergie dans la transmission du *shiatsu* ? », *Ateliers* [En ligne], 30 | 2006, mis en ligne le 08 juin 2007, consulté le 7 mars 2022. URL : <http://journals.openedition.org/ateliers/93> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ateliers.93>

33. Leruse, L., martino, I. D., Malaise, N., & Firket, P. (2006). Le stress au travail facteurs de risques, evaluation et prévention . *SPF Emploi, Travail et concertation sociale*, 1 - 88.
34. Hazif-Thomas, C., Roulleaux, J., & Thomas, P. (2009, October–December 2009). Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, pp. Volume 9, Issues 53–54. doi:10.1016/j.npg.2009.06.005
35. Greenberg, M.T., Mitra, J.L. From Mindfulness to Right Mindfulness: the Intersection of Awareness and Ethics. *Mindfulness* **6**, 74–78 (2015). <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0384-1>
36. *Définition: Pleine conscience (mindfulness)*. (2011, janvier 22). Récupéré sur psychomédia: <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/meditation-de-pleine-conscience>
37. Laurent, Maryse ; Vanhaver, Stéphanie. Lien entre soutien social et syndrome d'épuisement professionnel: Etude de cas approfondie. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2016. Prom. : Périlleux, Thomas. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:7175>
38. Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V. & Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout. *Management & Avenir*, 41, 194-215. <https://doi.org/10.3917/mav.041.0194>
39. Lehaen, C. (2021). *Les facteurs bloquants ou facilitants la réintégration au travail chez les personnes en burnout*. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/12349>
40. Foisy Petaccia, Stéphanie (2018). « L'influence de la segmentation des rôles sur le conflit travail-famille et l'enrichissement travail-famille » Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en sciences de la gestion.
41. Bami, L., Damart, S. & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61, 168-189. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>
42. Côté, L. (2013, septembre). Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec*, pp. volume 30 1- 4.
43. BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2001). LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. *Recherche en soins infirmiers* N° 67, 68 - 83.

44. Service public fédéral Emploi, T. e. (2021, octobre 15). *Risques psychosociaux au travail*. Récupéré sur Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>
45. INRS. (2021, decembre 15). *Risques psychosociaux (RPS)*. Récupéré sur INRS Santé et sécurité au travail: <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
46. *Quelles sont les causes et les conséquences des risques psychosociaux ?* (2022, avril 1). Récupéré sur Préventica: <https://www.preventica.com/dossier-risques-psychosociaux-causes-consequences.php>
47. asbl, V. (2022, octobre 15). *FICHE 6 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL*. Récupéré sur ABBET: <https://abbet.be/Fiche-6-Les-aspects-psychosociaux>
48. Machado, T. 2015. *La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention*. Rennes : Presses universitaires de Rennes. doi :10.4000/books.pur.61664
49. Lhuillier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10, 11-28. <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0011>
50. Attias-Delattre, V., & Szpirglas, M. (2012, septembre 12). LA GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : UN MANAGEMENT DES RISQUES. *LA GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : UN MANAGEMENT DES RISQUES*. Champs-sur-Marne - , 77454 Marne-La-Vallée, France.
51. *Les risques psychosociaux : un gouffre financier pour les entreprises*. (2021, decembre 15). Récupéré sur MOODWORK: <https://moodwork.com/blog/well-being/combien-content-les-risques-psychosociaux/#:~:text=En%20France%2C%20on%20%2C%20A9value%20le,%2C6%20milliards%20d'euros.>
52. Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail: Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT. *Négociations*, 19, 97-111. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0097>

53. Pezé, M. (2015). Les risques psychosociaux. *Après-demain*, 34,NF, 14-16. <https://doi.org/10.3917/apdem.034.0014>
54. Sibé, M., & Alis, D. (2016). L'hôpital magnétique :. *Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris, France: Psychothérapies, Dunod .
55. FIQ. (2010, mai). Environnements sains et attrayants : Les Hôpitaux magnétiques. Montréal, Québec.
56. LEBEE-THOMAS, E. (2018, juillet 8). *Et si les Hôpitaux français devenaient des « Magnet Hospital »*. Récupéré sur Managersanté: <https://managersante.com/2018/07/06/et-si-les-hopitaux-francais-devenaient-des-hopitaux-magnetiques/>
57. Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39-48. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>
58. *Améliorer le bien être au travail à l'hôpital*. (2019). Paris: Resah-Editions.
59. Stimpfel, A. W., Rosen, J. E., & McHugh, M. D. (2015). Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of nursing administration*, 45(10 Suppl), S52–S58. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000253>
60. Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 42(10 Suppl), S44–S49. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000420394.18284.4f>
61. Lhuillier, D. (2007). Stratégies défensives. Dans :, D. Lhuillier, *Cliniques du travail* (pp. 155-191). Toulouse : Érés.

62. Bachelard, O. (2017). Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives. *Regards*, 51, 169-179. <https://doi.org/10.3917/regar.051.0169>
63. SPF. (2016-2020). *La stratégie nationale belge Bien-être au travail 2016-2020 proposée par le Ministre de l'Emploi : Objectifs stratégiques et opérationnels*. Bruxelles: SPF .
64. Claire Edey Gamassou, Grégor Bouville, Tarik Chakor, Stéphan Pezé et Virginie Moisson, « Gestion des ressources humaines et santé au travail : science de l'action ou de la réaction ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 20-1 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2017, consulté le 22 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/5548> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.5548>
65. Charbit, S. (2014, Janvier 8). *Soins en milieu hospitalier et stratégie de GRH : réflexion sur le cas des Magnet Hospitals*. Récupéré sur OBEA: <https://www.obea.fr/2014/01/08/soins-en-milieu-hospitalier-et-strategie-de-grh-reflexion-sur-le-cas-des-magnet-hospitals/>
66. Chiaradia, Olivier. La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Taskin, Laurent ; Perilleux, Anaïs. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18561>
67. Jovic, L. (2007). Management : concepts et recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 91, 3-4. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0003>
68. Crepin, D. (2007). L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations. *Recherche en soins infirmiers*, 91, 97-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0097>
69. Stoerckel, N. (2007). Le rapport d'étonnement, nouvel outil de management dans les établissements de santé ?. *Recherche en soins infirmiers*, 91, 61-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0061>

70. Minet, F. (2007). Le management, entre notions, concepts et pratiques, dans le contexte hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 91, 24-28. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0024>
71. Romatet, J. (2007). Le rôle du manager dans les organisations complexes L'exemple de l'hôpital français. *Recherche en soins infirmiers*, 91, 8-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0008>
72. Samir El Baz. Le contrôle de gestion à l'hôpital public: contexte, acteurs et pratiques. Gestion et management. Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2018. Français. [tel-01980646](tel:01980646)
73. Audrey Rivière. Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public.. Gestion et management. Université Montpellier II - Sciences et Techniques du Languedoc, 2014. Français. [NNT : 2014MON20104](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01513213). [tel-01513213](tel:01513213)
74. Desmarais, C. & Abord de Chatillon, E. (2010). Le rôle de traduction du manager: Entre allégeance et résistance. *Revue française de gestion*, 205, 71-88. <https://doi.org/>
75. Daniel Streinmetz-Bornert. La Qualité de vie au travail en Hôpital public : Ou comment accompagner le bien vieillir au travail. Management des organisation de santé et médico-sociales. Université de Strasbourg, 2018, français.
76. Fender, R., Mangematin, Y., Husson, J., George, D., & Albrecht, A. (avril 2011). Redonner du sens au travail : essai de modélisation de la reconnaissance au travail : cas de l'étude au sein de l'entente des hôpitaux luxembourgeois. 1-16.
77. Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>

78. Hendrickx, M. (2016). *Quels sont les freins à la mise en place d'actions de prévention des risques psychosociaux dans les P.M.E. du secteur non marchand?* (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/1706>
79. JEAN-MICHEL HEITZ .Le bien-être au travail. Mémoire. Rennes (France), Ecole de Management, 2017.Français.
80. Calvet, Bénédicte (2021). « Développement d'un modèle de prévention intégrée visant la coordination des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire en milieu de travail » Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat interdisciplinaire en santé et société.
81. Journoud, S. & Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie ?. *La Revue des Sciences de Gestion*, 253, 51-59. <https://doi.org/10.3917/rsg.253.0051>
82. Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux au travail pour les maîtriser*. collège d'expertise.
83. Diez, R. & Carton, P. (2013). De la reconnaissance à la motivation au travail. *L'Expansion Management Review*, 150, 104-112. <https://doi.org/10.3917/emr.150.0104>
84. Kavak, Kadriye ; Bozok, Hatice. Le ressenti des infirmiers et des managers sur les stratégies de bien-être mises en place dans une institution hospitalière à Bruxelles. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2021. Prom. : Gobert, Patrice. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:29162>
85. Achte I ; Delaflore JL ; Fabre C ; Magny F & Songeur C. comment concilier la performance et le bien-être au travail ? Université Paris Dauphine,2010.

86. SPF. (2021, octobre 15). *Bien-être au travail*. Récupéré sur SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL Emploi, Travail et concertation sociale: https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail#toc_heading_2

87. Brandt, S. (2018). *Les risques psychosociaux liés aux besoins du travail : Comment le législateur belge appréhende-t-il la situation des travailleurs à bout de forces ?* (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique. Retrieved from <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/4976>

88. DESCAMPS, Coralie. L'identification et l'accompagnement des travailleurs en Bore-out dans le secteur marchand et non marchand : Quelles sont les stratégies actuelles des Ressources Humaines ?. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Thys, Frédéric. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:20199>

89. Chevalier, Mallory. Le bien-être du personnel et la performance organisationnelle : le cas d'Epicura. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : de Nanteuil, Matthieu. [Http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:15247](http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:15247)

90. Keresztes Marine, Le bien-être au travail : ré-engager les salariés ?, Bruxelles : CPCP, Analyse n° 380, 2019, [en ligne :] <http://www.cpcp.be/publications/bien-etre-travail>.

91. Delefosse Marie-Sarah, Le burn-out : un syndrome en soif de reconnaissance, Bruxelles : CPCP, « Analyses », 2018, [en ligne :] <http://www.cpcp.be/etudes-et-prospectives/collection-au-quotidien/burnout-professionnel>.

92. Petiau, A. (2018). Accompagner la souffrance des soignants : entre complexité et logique de rendement. *Cahiers de psychologie clinique*,2(51), 157-168. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2018-2-page-157.htm>

93. Caroline Guibet Lafaye. Bien-être. PUF. *Dictionnaire du corps*, PUF, p. 127-131, 2007, Quadriga. [hal-00373339](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00373339)

94. Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R. & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care
95. LANGEVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A. (2012, septembre). Risques psychosociaux : outil d'évaluation , Maslach burnout inventory (MBI). *Référence en santé au travail*, pp. 157-159.
96. Conseil Supérieur de la Santé. Burnout et travail. Bruxelles: CSS; 2017. Avis n° 9339.
97. Thévenet, M. (2012). *Partie I – RH pour l'entreprise ; Chapitre 1 : L'entreprise, la gestion et les ressources humaines*. Pearson Education France – Fonctions RH, 3e édition –.
98. Castagnie, F. D. (2004). Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ? *Mémoire de l'école nationale de santé publique* . Rennes.
99. Chiaradia, Olivier. La gestion des ressources humaines dans le secteur hospitalier. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Taskin, Laurent ; Perilleux, Anaïs. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18561>
100. Saint-Pierre, C. (2022, mai 5). *Accueil - CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter*. Récupéré sur Accueil - CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter: <https://www.stpierre-bru.be/>
101. CHIREC. (2022, Mai 05). *CHIREC*. Récupéré sur home : Le CHIREC: <https://chirec.be/fr/le-chirec/>

Annexes :

GUIDE ENTRETIEN

Guide d'entretien pour le personnel soignant :

- Se présenter
- Expliquer la raison de cet entretien

Date :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Début :

Fin :

Introduction :

Bonjour, je suis étudiante en Master en Sciences de la Santé publique et dans le cadre de mon mémoire de fin d'année je dois réaliser des entretiens auprès du personnels soignant afin de connaître le ressenti du personnel soignant, des managers et/ou GRH face aux diverses

stratégies de bien-être au travail mise en place en milieu hospitalier pour éviter toutes conséquences comme le stress, le burn out... Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré et retranscrit par la suite. Cet entretien sera anonyme et les questions posées ne détiennent pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous pouvez y répondre librement, le but étant simplement de récolter des informations.

Vous pouvez également me demander un retour sur le travail réalisé, je vous en ferais part avec plaisir.

Donnez-vous votre consentement oral pour cet entretien ?

Avez-vous des questions préalables à cette entrevue ?

Questions :

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre ancienneté au sein de l'hôpital ?
3. Pourriez-vous nous raconter en quoi consiste votre métier ?
4. Comment vous sentez vous dans votre environnement de travail ?
5. Comment est organisé votre service ?
6. Comment décrivez-vous le style de management de votre chef ? sa façon de fonctionner ?
7. Comment décrivez-vous votre rythme de travail au sein de votre service ?
8. Pourriez-vous me parler de la charge de travail dans votre service.
9. L'organisation du service est faite comment ? (Pour les horaires les pauses ...)
10. Comment votre chef prend t-il en considération votre bien-être au travail ?
11. Qu'est-ce que le terme "bien-être au travail " évoque pour vous ?
12. Pourriez-vous me parlé des relations qui existent entre vous et les médecins par exemple, les brancardiers, les autres services ...
13. Pouvez-vous m'énoncer des éléments qui peuvent perturber votre travail et qui engendrerait du stress ?
14. Selon vous qu'elles sont les facteurs qui ont un impactent sur votre bien-être au travail ?
15. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Vous définiriez vous comme quelqu'un de :

☐ Pas stressé, ☐ peu stressé, ☐ moyennement stressé, ☐ fort stressé ou ☐ très fort stressé ?

16. Quelle(s) stratégie(s) ou technique(s) mettez-vous en place pour faire face au stress (afin de mieux le supporter) ?
 17. Combien y a-t-il eu de cas de mal être et ou de Burn out dans votre service ? Comment cela a-t-il été géré par le management ? (Annonce, soutien, etc.)
 18. Qu'est ce qui a déjà été mis en œuvre dans l'organisation pour répondre aux problèmes de mal-être, de stress, ... ?
 19. Lorsqu'une situation stressante arrive, quels sont les moyens à votre disposition pour y faire face ?
 20. Quelles sont les personnes à qui vous pouvez aller parler lorsqu'une situation problématique arrive ? Ou parlé de votre ressenti ? (Ou après que ça s'est passé)
 21. Citer moi les stratégies qui existent et que vous pouvez utiliser dans le cadre de votre bien-être au sein de votre service et de l'hôpital ?
- ☐ Shiatsu ☐ mindfulness ☐ yoga ☐ séance de massage ☐ musicothérapie ☐ sophrologie
☐ soutien psychologique
22. Quelles sont les formations et/ou activités qui vous ont été proposer au travail afin de vous soutenir dans votre bien-être ?
- ➔ Combien de fois avez-vous eu recours à ce qui existe ?
23. Selon vous, qu'est-ce que l'hôpital pourrait faire en plus afin de favoriser votre bien-être ?

GUIDE ENTRETIEN

Guide d'entretien pour les Managers :

- Se présenter
- Expliquer la raison de cet entretien

Date :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Début :

Fin :

Introduction :

Bonjour, je suis étudiante en Master en Sciences de la Santé publique et dans le cadre de mon mémoire de fin d'année je dois réaliser des entretiens auprès du personnels soignant afin de connaitre le ressenti du personnel soignant, des managers et/ou GRH face aux diverses

stratégies de bien-être au travail mise en place en milieu hospitalier pour éviter toutes conséquences comme le stress, le burn out... Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré et retranscrit par la suite. Cet entretien sera anonyme et les questions posées ne détiennent pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous pouvez y répondre librement, le but étant simplement de récolter des informations.

Vous pouvez également me demander un retour sur le travail réalisé, je vous en ferais part avec plaisir.

Donnez-vous votre consentement oral pour cet entretien ?

Avez-vous des questions préalables à cette entrevue ?

Questions :

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre ancienneté au sein de l'hôpital ?
3. Pourriez-vous nous raconter en quoi consiste votre métier ?
4. Comment vous sentez vous dans votre environnement de travail ?
5. Comment est organisé votre service ?
6. Comment décrivez-vous votre style de management ?
7. Selon vous, qu'elle est la charge de travail du personnel soignant ?
☐ faible , ☐ moyenne , ☐ élevé , ☐ très élevé
8. Y'a-t-il assez de personnel soignant par rapport à la charge de travail ?
9. Comment l'absentéisme dû au stress a-t-il évolué dans votre service ?
10. Quel est le nombre d'absentéisme pour maladie, burn out, épuisement professionnel au sein du service ?
11. Pouvez-vous me dire en quelques mots, ce que le « bien être » vous évoque.
12. Comment veillez-vous au bien-être de votre personnel ?
13. Quelles sont les formations ou activités à disposition du personnel pour les soutenir dans leur bien-être au travail ?
14. Quels outils ou stratégies particulières mettez-vous en place dans votre service pour le bien-être de votre personnel ?
15. Quelles sont les méthodes utilisées pour mesurer le bien-être de votre personnel afin d'améliorer vos stratégies existantes ?
16. Comment évaluez-vous la satisfaction au travail et comment faites-vous au sein de votre service ?

➔ Quels sont les outils qui vous permettent de mesurer le stress dans votre service ?

➔ Comment vous en servez-vous ?

17. Quelles sont vos idées concernant de nouvelles stratégies que vous pourriez mettre en place dans votre service ?

18. Quels moyens sont à disposition pour les membres du personnel lorsqu'une situation stressante arrive ? (ou après que cette situation ce soit passé)

19. Quels sont les personnes de contact à qui le personnel peut faire appel en cas de situations très préoccupantes ?

20. Que pensez-vous des stratégies qui existent au sein de l'hôpital et dans votre service afin d'éviter toutes conséquences néfastes pour le bien être ?

21. Selon vous, qu'est-ce que l'hôpital pourrait instaurer en plus afin de favoriser votre bien-être ?

22. En tant que manager quel est votre rôle dans la prévention des risques psychosociaux ?

GUIDE ENTRETIEN

Guide d'entretien pour les GRH :

- Se présenter
- Expliquer la raison de cet entretien

Date :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Début :

Fin :

Introduction :

Bonjour, je suis étudiante en Master en Sciences de la Santé publique et dans le cadre de mon mémoire de fin d'année je dois réaliser des entretiens auprès du personnels soignant afin de connaître le ressenti du personnel soignant, des managers et/ou GRH face aux diverses stratégies de bien-être au travail mise en place en milieu hospitalier pour éviter toutes conséquences comme le stress, le burn out... Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré et retranscrit par la suite. Cet entretien sera anonyme et les questions posées ne détiennent pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous pouvez y répondre librement, le but étant simplement de récolter des informations.

Vous pouvez également me demander un retour sur le travail réalisé, je vous en ferais part avec plaisir.

Donnez-vous votre consentement oral pour cet entretien ?

Avez-vous des questions préalables à cette entrevue ?

Questions :

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre ancienneté au sein de l'hôpital ?
3. Pourriez-vous nous raconter en quoi consiste votre métier ?
4. Comment décrivez-vous le style de management général au sein de l'institution ?
5. Comment et par qui est évalué la charge de travail du personnel soignant ?
6. Avez-vous le sentiment que cette charge de travail évolue ? dans quel sens ? et à quelle vitesse ?
7. En quoi la dotation en personnel correspond à la charge de travail ?
8. En quoi la charge de travail peut-elle générer de l'absentéisme ?
9. Quels sont les services qui sont le plus touchés par l'absentéisme ?
10. Cet absentéisme est-il saisonnier ? A quel facteur est-il lié ?
11. Quel est le nombre d'absentéisme ou le chiffre moyen pour maladie, burn out, épuisement professionnel au sein de l'institution ?
12. Pouvez-vous me dire en quelques mots, ce que le « bien être » vous évoque.
13. Qui prend en charge le bien être du personnel et comment ?
14. Quel rôle la GRH joue-t-elle ?
15. Quelles sont les outils, stratégies, formations ou activités à disposition du personnel pour les soutenir dans leur bien-être au travail ?
16. Comment la satisfaction au travail est-elle mesurée ?
- ➔ Quels sont les outils qui vous permettent de mesurer le stress dans votre institution ?
- ➔ Comment vous en servez-vous ?
17. Quels sont les personnes de contact à qui le personnel peut faire appel en cas de situations très préoccupantes ?
18. Selon vous, qu'est-ce que l'hôpital pourrait instaurer en plus afin de favoriser votre bien-être ?
19. Quel est le rôle du CPTT ? et quel est le rôle du conseiller en prévention ?

20. Pourriez-vous me parler des 3 niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire ?
21. En tant que GRH quel est votre rôle dans la prévention ?
22. Quelles sont vos projets concernant de nouvelles stratégies que vous pourriez mettre en place dans votre institution ?

