

Faculté de santé publique

Influence des dimensions personnelles, relationnelles et organisationnelles du travail sur le bien-être des infirmiers à l'hôpital

Le cas des services de soins intensifs de deux
hôpitaux publics à Bruxelles.

Mémoire réalisé par
Laurence Thomaes

Promoteur
Sophie Thunus

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Influence des dimensions personnelles, relationnelles et organisationnelles du travail sur le bien-être des infirmiers à l'hôpital :
Le cas des services de soins intensifs de deux hôpitaux publics à Bruxelles.

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma promotrice de mémoire, Madame Sophie Thunus, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses précieux conseils apportés durant la réalisation de ce travail. Merci à Monsieur Mathieu Louiset pour son intérêt pour mon sujet, pour sa disponibilité et ses nombreuses recommandations.

Je remercie également l'ensemble des infirmiers qui ont participé à mes entretiens et ce, avec beaucoup d'authenticité et d'enthousiasme. Merci à la direction des hôpitaux concernés d'avoir soutenu ce projet et permis ces rencontres.

Enfin, je souhaite remercier mes proches pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de ce travail. Un remerciement tout particulier est adressé à Manon Sovet pour sa disponibilité, ses nombreux conseils et ses efforts de relecture.

Le plagiat

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

Table des matières

<i>Table des figures</i>	5
<i>Introduction générale</i>	6
Partie 1 : Cadre théorique	8
1 Chapitre 1 : Le bien-être au travail	8
1.1 Le bien-être en général.....	8
1.2 Le bien-être au travail.....	8
1.3 Mesures du bien-être au travail.....	11
1.4 Facteurs favorisant le bien-être des infirmiers dans le milieu hospitalier.....	12
1.5 Impact du bien-être sur le travail des infirmiers.....	14
Chapitre 2 : Éléments de dynamique de groupe favorisant le bien-être	15
2.1 Définitions et dimensions.....	15
2.2 Les relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe.....	16
2.3 L'accès et la transmission des informations.....	17
2.4 La latitude de décision.....	18
2.5 Le leadership.....	18
Chapitre 3 : Rôle du département des ressources humaines	21
3.1 La reconnaissance.....	21
3.2 La formation et le développement.....	21
3.3 L'évaluation du travail.....	22
Partie 2 : Partie pratique	24
1. Chapitre 1 : Méthodologie	24
1.1 Énoncé de la problématique.....	24
1.2 Objectif de recherche.....	25
1.3 Question de recherche.....	25
1.4 Type d'étude.....	25
1.5 Méthode de recueil de données.....	26
1.6 Guide de l'entretien.....	28
1.7 Analyse des données.....	29
2. Résultats	30
2.1 Équipe des soins intensifs de l'USI-1.....	30
2.2 Équipe des soins intensifs de l'USI-2.....	41
3. Discussion	51
3.1 Comparaison entre les deux services.....	51
3.2 Recommandations.....	60
3.3 Limites de l'étude.....	62
3.4 Forces de l'étude.....	63
Conclusion	64
Bibliographie	66

Table des figures

Figure 1 : Bien-être de l’infirmier dans son environnement de travail	7
Figure 2: Composants du bien-être général au travail selon Cynthia Fisher.....	9

Introduction générale

Depuis plusieurs années, le milieu des soins infirmiers fait face à une charge de travail importante, due au vieillissement démographique et à l'augmentation de la prévalence maladies chroniques (Brand et al., 2017). Le stress auquel sont soumis les infirmiers est réel et entraîne des conséquences telles qu'une fatigue émotionnelle et physique (Andolhe, Barbosa, Oliveira, Costa, & Padilha, 2015), un absentéisme croissant et parfois même le burnout (Brand et al., 2017). De plus, le personnel infirmier tente d'obtenir davantage de reconnaissance de la part de la société mais aussi des autres professionnels (Garcia et al., 2017).

Concernant la situation en Belgique, le phénomène du « Blues des Blouses Blanches » a lieu depuis début juin 2019. Les infirmiers de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Région Wallonne se mobilisent pour sensibiliser le public et surtout le gouvernement à leurs conditions de travail qui se dégradent. En effet, ils sont soumis à des restrictions budgétaires massives, qui dégradent la qualité des soins qu'ils procurent et les éloignent de leur mission première : prendre soin du patient (L'Avenir, 2019). De plus, les infirmiers font face à un manque d'effectif croissant, qui entraîne une charge de travail conséquente (Mathieu, 2019). Les syndicats interpellent donc les politiques pour changer les choses et « *développer une meilleure politique de bien-être au travail au sein des établissements* » concernés (L'Avenir, 2019). Étant donné la menace qui plane sur le monde des soins infirmiers, il est impératif de tenter d'améliorer le bien-être des professionnels de la santé (Brand et al., 2017).

Jusqu'ici, les interventions pour améliorer le bien-être des infirmiers se sont principalement concentrées sur les dimensions personnelles comme l'amélioration de stratégies d'adaptation du professionnel plutôt que sur son environnement du travail. (Brand et al., 2017). Pourtant, des études suggèrent qu'initier une mobilisation au niveau du management des soins infirmiers améliorerait la qualité des relations au travail et la rétention du personnel (Y. Brunetto et al., 2013). D'ailleurs les recherches concernant de nouvelles méthodes de management qui se focalisent davantage sur le facteur humain et de nouvelles méthodes d'organisation du travail sont de plus en plus courantes, comme dans l'ouvrage de Laurent Taskin « *Management humain : Pour une approche renouvelée de la GRH et du comportement organisationnel* ». L'importance de la considération du facteur humain et du développement des relations sociales au travail par rapport aux conditions matérielles avait déjà été mise en évidence par Elton Mayo,

lors de son expérience menée dans la Western Union Company durant les années 30 (Mayo & Donham, 1945).

Dès lors, ces constats nous ont amenés à nous poser la question suivante : « *Comment les dimensions personnelles, relationnelles et organisationnelles du travail influencent le bien-être des infirmiers à l'hôpital* » ? En effet, il convient de comprendre comment l'articulation de facteurs propres à l'infirmier, à ses relations avec ses collègues et à l'organisation de son environnement de travail influence la façon dont il se sent. De plus, quelle est la place du management dans l'articulation de ces différents facteurs ? Comment le leader crée un contexte favorable à la création de reconnaissance de son personnel ? De petits changements peu coûteux permettraient-ils d'améliorer le bien-être des infirmiers ? C'est ce que nous allons tenter de comprendre dans ce travail.

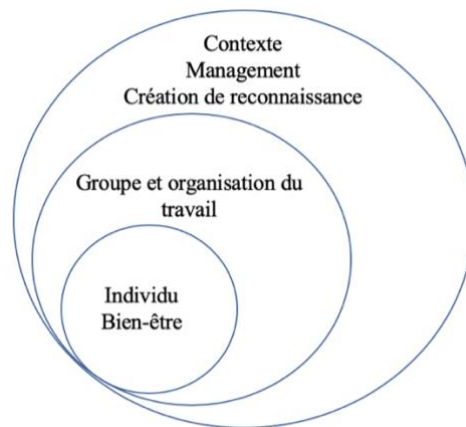


Figure 1 : Bien-être de l'infirmier dans son environnement de travail

Après un premier chapitre consacré au bien-être au travail, où nous observerons que le bien-être est un concept complexe et multidimensionnel, influencé par des facteurs personnels, interpersonnels et organisationnels, l'étude d'éléments de dynamique de groupe permettra d'approfondir ces trois facteurs au sein de l'entité qu'est l'équipe infirmière, notamment à travers les relations interpersonnelles, l'accès et la transmission des informations, la prise de décision et le leadership. Enfin, nous verrons dans le troisième chapitre que le département des ressources humaines joue un rôle important dans le bien-être des infirmiers en leur accordant une certaine reconnaissance à travers des procédés comme l'évaluation et la formation. Dans la partie pratique, nous vérifierons ces constats à travers l'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés dans deux services de soins intensifs d'hôpitaux publics bruxellois. Cette étude qualitative nous permettra d'objectiver les éléments repérés dans la littérature concernant le bien-être des infirmiers et de réaliser une comparaison entre deux équipes dont les membres, le management, les relations et l'organisation diffèrent.

Partie 1 : Cadre théorique

1 Chapitre 1 : Le bien-être au travail

Dans ce premier chapitre, nous aborderons le bien-être en général, le bien-être au travail et ses différentes composantes, ses mesures et ses facteurs favorisant ainsi que son impact sur le travail des infirmiers. Cette analyse nous permettra de mieux comprendre ce concept complexe et multidimensionnel.

1.1 Le bien-être en général

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Des dimensions physiques, mentales et sociales du bien-être sont donc mises en avant dans cette définition. Cependant, ces notions sont très générales et peu détaillées.

Dans la littérature, plusieurs sortes de bien-être sont également identifiées. Cynthia Fisher a passé en revue les différents aspects de ces définitions. Elle affirme que le bien-être d'un point de vue général comprend une dimension **psychologique** et une dimension **sociale**. Notons qu'elles peuvent s'apparenter au bien-être mental et social évoqués dans la définition de l'OMS. Fisher précise que le bien-être psychologique se divise en deux catégories fortement liées : le bien-être **hédonique**, relatif aux émotions plaisantes ressenties par une personne et le bien-être **eudémoniste**, qui dépend du sens et de l'épanouissement relatif à nos actions. Elle évoque également le bien-être **subjectif**, qui concerne le vécu d'expériences positives fréquentes, le peu d'expérience négatives et la satisfaction par rapport à la vie en général, qui est donc une notion propre à chacun. Le bien-être **social** relève quant à lui de nos relations et interactions avec autrui, et du fait de se sentir accepté et intégré socialement (Fisher, 2014). Nous pouvons constater que le bien-être est un concept subjectif, multidimensionnel et complexe.

1.2 Le bien-être au travail

Le Service Public Fédéral de l'emploi définit le bien-être au travail comme « *L'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté : la sécurité au travail, protection de la santé du travailleur, aspects psychosociaux du travail, ergonomie, hygiène du travail, embellissement des lieux de travail* » (SPF Emploi Travail et Concertation sociale, n.d).

Cette définition adaptée au monde du travail tient également compte de l'aspect psychologique et social du bien-être mais ajoute de nouvelles notions, davantage relatives à l'environnement de travail.

Le 4 août 1996, la loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail a été établie. Cette loi précise que « *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)* ». Le bien-être au travail est donc une préoccupation reconnue et réglementée en Belgique. Cet extrait nous montre la responsabilité de l'employeur et évoque des notions de prévention de risque et d'organisation du travail.

Dans sa recherche sur le bien-être, Cynthia Fisher a adapté les différents aspects abordés précédemment au monde du travail. Elle avance tout d'abord que le bien-être au travail est un concept multidimensionnel et que beaucoup d'autres concepts y sont associés comme la satisfaction et l'engagement au travail (Fisher, 2010). Elle illustre le bien-être au travail à travers ce modèle, qui reprend les aspects généraux cités dans le point 1.1, toutefois adaptés au monde professionnel. Il convient d'investiguer plus en profondeur à quoi chacun de ces aspects fait référence.



Figure 2: Composants du bien-être général au travail selon Cynthia Fisher

1.2.1 Le bien-être subjectif

Le bien-être subjectif correspond à la satisfaction, à l'engagement organisationnel et aux affects dans le cadre du travail (Fisher, 2014). La satisfaction est l'ensemble des ressentis et des attitudes d'une personne face à son travail (Ivancevich & Matteson, 2002), ce qui se rattache à la vision hédonique du bien-être. Elle dépend de facteurs personnels et organisationnels et va influencer l'engagement organisationnel (Mowday, Porter, & Dubin, 1974).

Selon Meyer et ses collègues, l'engagement est présenté comme « *l'état psychologique qui lie l'individu à l'organisation* » (Meyer, Allen, & Gellatly, 1990).

Des recherches ont démontré que des employés satisfaits dans leur travail et engagés dans leur organisation ont davantage tendance à venir travailler, à demeurer dans l'organisation, à être ponctuels et à agir en faveur de l'organisation (Aamodt, 2010). L'engagement du professionnel envers son organisation a également une influence sur le bien-être psychologique (Morin & Forest, 2007).

Cette dimension représente une composante plus personnelle et hédonique du bien-être, qui dépend de l'expérience de chacun dans le monde du travail et ce que ce travail fait « ressentir » au travailleur. Il influence le bien-être psychologique en créant de la satisfaction chez le travailleur et a un impact sur l'engagement du professionnel envers son institution.

1.2.2 Le bien-être eudémoniste

Le bien-être eudémoniste correspond à l'implication de l'employé, à son engagement dans son travail et à l'épanouissement que cela lui procure mais également à sa motivation intrinsèque et au sens de son travail (Fisher, 2014). Le bien-être eudémoniste relève de ce que le travail représente fondamentalement pour l'employé, de ce que ce travail génère et produit comme sens pour lui.

La motivation d'un employé peut être définie comme « *forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* » (Vallerand & Thill, 1993, p.18). En d'autres termes, dans le contexte du travail, la motivation d'un employé relève de sa capacité à initier un comportement orienté vers un but précis, de façon adaptée et de maintenir ce comportement, de sorte à atteindre les objectifs de l'entreprise.

Le sens que le travailleur accorde à son travail englobe trois dimensions. Il relève tout d'abord de la signification, de l'importance que l'individu accorde à son travail. Le sens concerne également l'orientation du travailleur dans ce qu'il entreprend, les buts qu'il poursuit lorsqu'il réalise son travail. Enfin, pour parler de sens du travail, il faut également évoquer la cohérence entre les actions du travailleur et ses valeurs (Morin & Forest, 2007). Notons que les actions menées pour augmenter la motivation sont vouées à l'échec si elles ne sont pas génératrices de sens dans le travail de l'employé (Diez & Carton, 2013). Autrement dit, la motivation ne persiste pas si le travail effectué n'a pas de sens pour le travailleur. Cette composante du bien-être est à nouveau une notion très personnelle, dans laquelle nous pouvons cependant percevoir

une influence de la façon dont le travail se déroule et est organisé grâce à cette notion d'action dans la dimension de la « cohérence ».

1.2.3 *Le bien-être social*

Le bien-être social correspond aux relations de qualité entretenues avec les collègues et le leader au travail, dans un climat de confiance et de respect. Dans cette dimension du bien-être au travail, le support social est également abordé, élément qui agit contre le stress au travail et qui favorise le bien-être. Ce soutien relationnel peut être instrumental ou émotionnel. Lorsqu'elle évoque le bien-être social, Cynthia Fisher précise que cet aspect du bien-être devrait être approfondi par des recherches plus précises (Fisher, 2014).

Sachant cela, nous sommes amenés à nous poser la question suivante : *comment, en pratique, veiller au bien-être des travailleurs ?* Les constats établis jusqu'ici suggèrent que pour se sentir bien dans son environnement de travail, le travailleur doit vivre des expériences positives au travail, avoir le sentiment de réaliser un travail qui a du sens et qui lui permet de s'épanouir, mais doit également avoir des relations de qualité avec les personnes qui l'entourent. Cet aspect nécessite davantage de réflexion. L'employeur doit être attentif à ce que les conditions de travail permettent le développement de ce bien-être, notamment grâce à la prévention des risques, la formation des travailleurs et la transmission d'informations. De nombreuses notions concernant le bien-être au travail ont déjà été évoquées jusqu'ici. Dans une optique de percevoir comment veiller au bien-être de façon concrète en englobant tous ces aspects du bien-être au travail, la recherche d'une mesure éventuelle relative à cette thématique s'impose.

1.3 Mesures du bien-être au travail

Le bien-être au travail étant un concept très complexe, il est difficile de trouver une mesure qui englobe tous ses différents aspects. Dans sa recherche, Cynthia Fisher explique qu'il serait utile d'établir un consensus concernant les composants du bien-être ainsi qu'une terminologie uniforme qui engloberait tous les aspects du bien-être pour créer une mesure valable. Dans cette optique, elle a identifié deux mesures du bien-être au travail qui tentent de toutes les englober. La première est l'échelle de l'épanouissement, établie par Diener et ses collègues (Diener et al., 2010) en Annexe 1.1, adaptée au contexte du travail par Fisher (Fisher, 2014). Cependant, cette échelle ne reprend pas les aspects subjectifs et hédoniques du bien-être comme les affects positifs ou négatifs et se concentre davantage sur le bien-être eudémoniste.

Toujours dans cette même recherche, Fisher a alors choisi une autre échelle, complémentaire à la première (Annexe 1.2). Réalisée par Parker et Hyett, cette échelle propose une approche plus complète qui inclut quatre dimensions : la satisfaction au travail (et donc un aspect hédonique), le respect que l'organisation accorde aux employés, l'attention accordée aux employés et l'intrusion du travail dans la vie privée des travailleurs (Fisher, 2014; Parker & Hyett, 2011). Ces nouvelles notions s'ajoutent à ce que nous avons identifié jusqu'ici. Cependant, cette mesure-ci a tendance à délaissier l'aspect social du bien-être au travail. Dès lors, il semble qu'établir une échelle du bien-être au travail complète est complexe et implique de prendre de nombreuses dimensions et sous-dimensions en compte. Cependant, ces dimensions nous amènent à nous poser la question suivante : Quels facteurs favorisent le bien-être des infirmiers dans le milieu hospitalier ?

1.4 Facteurs favorisant le bien-être des infirmiers dans le milieu hospitalier

Dans la littérature, les recherches effectuées sur le bien-être des infirmiers dans le milieu hospitalier ont tendance à se focaliser davantage sur les conséquences négatives de l'insatisfaction au travail plutôt que d'exploiter les facteurs qui influencent **positivement** le bien-être au travail (Kati Utriainen, Ala-Mursula, & Kyngäs, 2015). Certains auteurs avancent que la satisfaction au travail relève de facteurs :

- « **Intra-personnels** comme l'âge, l'éducation et les stratégies d'adaptation.
- **Interpersonnels** comme les relations avec les collègues et leader, les soins au patient, et l'autonomie dans le travail
- **Extras personnels** comme la rémunération, la politique organisationnelle, et les ressources nécessaires à la réalisation du travail » (Hayes, Bonner, & Pryor, 2010)

Ces trois catégories de facteurs devraient contribuer à la mise en place d'actions par le manager pour améliorer la satisfaction et donc le bien-être des membres de son équipe (Hayes et al., 2010). La première dimension est plus personnelle et subjective. En effet, les caractéristiques et comportements personnels des membres d'une équipe influencent la satisfaction des infirmiers (Manojlovich & Spence Laschinger, 2002). Ensuite, les facteurs relationnels entrent en jeu, ce qui nous renvoie à la dimension sociale du bien-être au travail. Enfin, une nouvelle catégorie de facteurs apparaît faisant référence à l'organisation du travail.

Utriainen et ses collègues proposent un modèle théorique plus détaillé pour décrire les facteurs influençant le bien-être dans un contexte propre au secteur infirmier. Dans ce modèle, ils identifient 12 éléments qui peuvent être répartis dans les trois catégories identifiées par Hayes et ses collègues.

- 1) *« La qualité des soins prodigués au patient »*
- 2) *Des soins quotidiens menés correctement*
- 3) *L'entraide et le soutien entre les membres de l'équipe infirmière*
- 4) *La solidarité et la compassion entre les infirmiers*
- 5) *Un leadership juste et coopératif*
- 6) *Une communication aisée avec les autres professionnels*
- 7) *Une liberté d'expression au sein de l'équipe*
- 8) *Avoir des relations sociales informelles avec les autres infirmiers*
- 9) *Une organisation de travail concrète*
- 10) *Un travail porteur de sens, qui est « challengeant »*
- 11) *Le statut relatif au travail en lui-même*
- 12) *L'opportunité de développement au travail »* (K. Utriainen, Ala-Mursula, & Kyngas, 2015)

Les deux premiers facteurs sont plutôt à caractère intra-personnel. Cependant, les soins prodigués au patient et leur qualité sont dépendants non seulement du travail fourni par l'infirmier mais également des conditions auxquelles il est soumis. On peut donc établir un lien avec une composante organisationnelle. Les facteurs 3 à 8 relèvent davantage de facteurs interpersonnels et englobent une vision instrumentale (entraide dans les soins et le travail, rencontres formelles, communication, etc.) ainsi qu'émotionnelle (relation avec les collègues, rencontres informelles, etc.) des relations, ce qui se rattache à la définition du support social proposée par Fisher. Les facteurs 9 à 12 sont plus axés sur le caractère du travail en lui-même, notamment sur le fait qu'il soit porteur de sens, concret, challengeant et que le professionnel puisse s'y développer. Ces critères-là relèvent d'une part de l'organisation du travail mais également du caractère subjectif et eudémoniste de ce que représente le travail pour les infirmiers. Ce modèle détaille la dimension intra-personnelle, interpersonnelle mais évoque peu les facteurs organisationnels. Dans son modèle de l'empowerment sur le lieu de travail¹, Kanter développe davantage cet aspect organisationnel en identifiant quatre éléments de l'organisation qui favorisent l'empowerment de l'employé :

¹ « L'accès à des conditions de travail qui permettent l'accomplissement des objectifs de travail de façon significative » (Laschinger, Almost, & Tuer-Hodes, 2003)

- L'accès à l'**information** (concernant les buts et les valeurs organisationnelles mais aussi les connaissances personnelles),
- L'accès au **soutien** (feedback et soutien du leader et soutien des autres travailleurs),
- L'accès aux **ressources nécessaires** pour effectuer le travail demandé (temps, matériel et ressources humaines),
- L'accès à des possibilités de **développement et d'apprentissage**.

Ces éléments permettraient au travailleur d'exercer son travail de façon significative, en trouvant un « sens » à ce qu'il fait (Kanter, 1993; Spence Laschinger, Nosko, Wilk, & Finegan, 2014). Ces conditions de travail favorisant le pouvoir d'agir ont tendance à favoriser la satisfaction au travail et la rétention du personnel (Spence Laschinger et al., 2014). À travers ces facteurs, nous avons pu identifier de nouveaux éléments influençant le bien-être des infirmiers. Ces éléments qui constituent une piste importante dans la compréhension du bien-être des infirmiers seront approfondis dans le chapitre suivant.

1.5 Impact du bien-être sur le travail des infirmiers

À présent, il convient de se questionner sur les conséquences qu'entraînent le bien-être des infirmiers. Dans le milieu de la santé, l'impact de ce bien-être, maintenu ou perturbé, concerne les infirmiers mais également les patients. En effet, il a été démontré que s'intéresser au bien-être des infirmiers a un impact sur le **bien-être du patient, sur l'équipe, sur l'absentéisme, le turn-over² et la rétention³** des infirmiers sur leur lieu de travail (Oates, 2018).

Des études ont effectivement démontré le lien entre l'insatisfaction au travail et l'attribution de soins de moins bonne qualité (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013). Brennan ajoute que les actions mises en place pour favoriser le bien-être des infirmiers a tendance à augmenter la satisfaction des patients (Brennan, 2017).

Ensuite, le manque de satisfaction au travail serait une des causes de l'absentéisme. Les travailleurs confrontés à des affects négatifs au travail ont tendance à adopter un comportement de retrait qui s'exprime par un absentéisme croissant (Vandenbergh, Stordeur, & d'Hoore, 2009).

² « *Fin volontaire de l'emploi à l'hôpital* » (Anthony et al., 2005)

³ « *Ensemble des activités et efforts réalisés par l'employeur pour garder un employé dans l'organisation* » (Anthony et al., 2005)

Notons d'ailleurs que les recherches s'intéressent davantage aux causes individuelles de l'absentéisme plutôt qu'aux causes organisationnelles (Achmet & Commeiras, 2018).

Enfin, agir sur le bien-être au travail apporte des avantages pour le travailleur au niveau de sa santé et de ses réseaux sociaux mais aussi pour son institution. En effet, le bien-être au travail favorise la collaboration, la créativité, la qualité du travail, les performances individuelles ainsi que la productivité (Nelson et al., 2014)

Chapitre 2 : Éléments de dynamique de groupe favorisant le bien-être

Pourquoi s'intéresser au groupe ? Compte tenu de l'importance des relations et de l'organisation dans le bien-être au travail, il convient d'approfondir cette thématique en se questionnant sur ce qui fait d'une équipe infirmière un « groupe » et ce que cela implique comme conséquences, que cela soit au niveau relationnel ou organisationnel.

2.1 Définitions et dimensions

Le groupe concerne « *deux individus ou plus, qui sont connectés par et au sein de relations sociales* » (Forsyth, 2010, p.3). Par le biais de ces relations sociales et de l'adhésion au groupe, le groupe va développer une identité sociale. La dynamique de groupe, quant à elle, se définit comme « *l'étude scientifique des actions, des processus et des changements qui ont lieu au sein et entre des groupes au fil du temps* » (Forsyth, 2010, p. 2). Bien que chaque groupe possède ses caractéristiques distinctes, certaines caractéristiques communes à tous les groupes sont identifiables. Les plus apparentes sont les suivantes :

- 1) **Les interactions sociales** : de type « socio-émotionnelles » ou « tâches », ce qui s'apparente à la vision émotionnelle et instrumentale des relations.
- 2) **La cohésion** : L'esprit de groupe qui détermine la solidarité entre ses membres et qui permet d'éviter que le groupe ne se dissolve.
- 3) **L'unité** : L'entité formée par les membres du groupe.
- 4) **L'interdépendance** : La dépendance qui existe entre les membres du groupe.
- 5) **Le but commun** : La raison pour laquelle le groupe existe.
- 6) **La structure** : l'organisation à laquelle sont soumis les membres du groupe.
- 7) **Les rôles** : Les positions occupées par les différents intervenants.
- 8) **Les normes** : Les règles et les procédures que doivent suivre les membres du groupe (Forsyth, 2010).

Nous remarquons ici que les quatre premières caractéristiques d'un groupe se rattachent à la composante relationnelle tandis que les quatre autres sont relatives à la composante organisationnelle. Brunetto et ses collègues avancent qu'il serait inapproprié de dire que les infirmiers sont influencés de la même manière par les facteurs organisationnels (Y. Brunetto et al., 2013). Il est important de considérer chaque équipe comme des entités à part entière, faisant face à des dynamiques et des phénomènes différents. Cependant, bien que les équipes soient influencées de façon différente, certaines tendances générales peuvent-être dégagées. Dès lors, il convient d'investiguer comment ces caractéristiques propres aux groupes influencent le bien-être du groupe qu'est une équipe infirmière. Dans ce chapitre, nous regrouperons ces caractéristiques dans les thématiques suivantes : les relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe, l'accès et la transmission des informations, la culture organisationnelle, l'organisation du travail et le leadership.

2.2 Les relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe

Selon Forsyth, chaque équipe doit une partie de sa réussite à sa cohésion, c'est-à-dire la force des liens qui lient les membres entre eux. Travailler au sein d'équipes cohésives a tendance à augmenter la satisfaction et la performance et à diminuer le stress et le turn-over. Certains facteurs comme la proximité, les comportements similaires, et l'absence de qualités négatives favorisent les rapports entre les travailleurs et ainsi, la cohésion. Certaines méthodes comme le team-building⁴ permettent également d'augmenter cette cohésion (Forsyth, 2010).

Forsyth développe la notion de qualité personnelle dans le modèle des cinq facteurs, également appelé « Big Five » qui présente certains traits de personnalité du travailleur qui faciliteraient le travail d'équipe : l'extraversion, la convivialité, la fiabilité – le sérieux, la stabilité émotionnelle et l'ouverture. (Forsyth, 2010, p.360) Par conséquent, nous pouvons déduire qu'il existe une composante personnelle qui favorise le rapport des travailleurs entre eux lorsqu'ils travaillent en équipe. Les traits de personnalité des membres du groupe vont influencer leurs relations. Ces compétences sont également des facteurs favorables à la performance du groupe qui ne peut être maintenue « *si la qualité de l'expérience de groupe ou la viabilité de l'équipe est faible* » (Aubé & Rousseau, 2009). Cette performance a elle-même une influence positive sur l'apprentissage et le bien-être des membres de l'équipe (Hackman, 2002, p.28). Par

⁴ « *Interventions formelles et informelles réalisées au sein d'une l'équipe se concentre sur l'amélioration les relations sociales, la clarification des rôles et la résolution des tâches et des problèmes interpersonnels qui affectent le fonctionnement de l'équipe* » (Aga, Noorderhaven, & Vallejo, 2016)

conséquent, nous pouvons établir un lien entre les caractéristiques personnelles, les relations interpersonnelles et la performance du groupe.

Ensuite, notons que le processus interpersonnel qui se déroule dans le travail d'équipe a lieu grâce à la coordination de trois éléments essentiels, nécessaires au fonctionnement d'une équipe : « *la gestion des conflits au sein de l'équipe, la construction de la motivation et de la confiance ainsi que la gestion des émotions des membres de l'équipe* » (Forsyth, 2010, p.368). Suite aux constats fait précédemment, ces éléments influençant le fonctionnement d'une équipe de travail et donc sa performance, nous pouvons suggérer que leur accorder de l'importance favoriserait le bien-être de l'équipe.

Enfin, la théorie de l'échange social (Social Exchange Theory), qui s'intéresse aux rapports sociaux entre les travailleurs, avance que les relations au travail « *produisent des mécanismes qui facilitent l'échange d'information, de ressources et de soutien requis pour être un employé efficace* » (Shore, Bommer, Rao, & Seo, 2009).

Dès lors, les relations interpersonnelles qui ont tant d'impact sur la performance d'une équipe et le bien-être des travailleurs seraient expliquées par les qualités personnelles des membres de l'équipe, par la gestion des conflits et des affects et le maintien de la motivation et de la confiance. Ces relations de qualité faciliteraient l'échange d'informations, de ressources et au soutien nécessaire au bien-être des infirmiers. Les aspects relationnels auraient donc des conséquences organisationnelles. La cohésion présente dans l'équipe serait maintenue par des activités comme le team building.

2.3 L'accès et la transmission des informations

« *La communication de l'information entre les membres d'un groupe joue un rôle central dans le système qu'est le groupe* » (Forsyth, 2010, p.50). En effet, comme vu précédemment dans le modèle de Kanter, l'accès à l'information favoriserait le bien-être des infirmiers (Spence Laschinger et al., 2014). Cependant, il faut être attentif à la façon dont cette information est perçue et véhiculée. Comme dit précédemment, les relations sociales de haute qualité avec les collègues et le leader facilitent le flux d'information, ce qui augmente la satisfaction au travail.

Amado et Guittet confirment cette théorie selon laquelle la qualité de la relation conditionne la communication. Ils ajoutent que la transmission de l'information est favorisée par des qualités comme l'observation, l'écoute, la compréhension et l'adaptation à l'autre.

Ils précisent également que la taille du groupe à son importance, car plus le groupe est grand plus le temps de parole est réduit et la quantité d'informations et d'opinions à gérer augmente. Dès lors, les individus trouvent plus de satisfaction dans les groupes de plus petite taille, qu'ils évaluent à moins de 12 personnes (Amado & Guittet, 2017).

2.4 La latitude de décision

La latitude de décision est définie comme « *le sentiment de contrôle éprouvé par l'individu par rapport à son environnement de travail et à la manière d'effectuer son travail* » (Vandenberghe et al., 2009). Cette latitude aurait un effet significatif sur la satisfaction des travailleurs et aurait un impact sur le taux d'absentéisme. Martins avait déjà établi un lien entre l'implication de la prise de décision concernant le travail et le bien-être des employés et avait spécifié que c'était un élément auquel le manager devait être attentif (Martins & Coetzee, 2007). Vandenberghe avance également qu'en augmentant la latitude de décision et donc le bien-être des travailleurs, le niveau de motivation par rapport au travail serait plus important (Vandenberghe et al., 2009).

De plus, avoir la possibilité de pouvoir prendre des décisions, d'être créatif, de posséder et d'utiliser des compétences au travail influencerait également l'environnement de travail (Van Bogaert et al., 2016). Outre cela, les travailleurs sont plus enclins à respecter une décision si le processus de prise de décision est fait de façon « *constante, sans intérêt personnel, sur base d'informations précises, avec l'opportunité de changer la décision et avec la participation de toutes les parties prenantes, en suivant des standards moraux et éthiques* » (Brockner & Wiesenfeld, 1996).

Dès lors, le fait que l'infirmier ait un certain contrôle sur son travail par le biais de la prise de décision serait en partie déterminant de son bien-être au travail. Cette implication dans la prise de décision serait possible grâce au leader et augmenterait la motivation du travailleur.

2.5 Le leadership

Le leadership est « *un processus par lequel un individu guide les autres dans leur quête collective, souvent en organisant, en dirigeant, en coordonnant, en supportant et en motivant leurs efforts. Ce n'est pas une caractéristique statique d'un individu ou d'un groupe mais un complexe de processus interpersonnels selon lesquels la coopération entre les individus permet d'influencer et de motiver les autres à promouvoir la réalisation d'un but individuel ou de*

groupe» (Forsyth, 2010, p.249). Dans cette définition, nous pouvons assimiler deux composantes au leadership : une relationnelle et une organisationnelle. En effet, une bonne relation entre l'infirmier chef et son équipe permet une meilleure transmission de l'information, ainsi que la mobilisation de support et de ressources qui favorisent un travail efficace (Y. Brunetto et al., 2013).

Dans cette même optique, la théorie de l'échange entre le leader et le subordonné (Leader-Member Exchange Theory) suggère qu'une relation de qualité avec le leader favorise la participation, la prise de décision et le respect (Mueller & Lee, 2002). Des recherches ont démontré que cette théorie est primordiale au maintien du bien-être des infirmiers à cause du rôle que joue l'infirmier chef dans l'apport de soutien social et dans la réduction du stress (Yvonne Brunetto, Farr-Wharton, & Shacklock, 2011). Ces éléments nous permettent d'avancer que la qualité de relation entre le leader et les membres de son équipe, autrement dit la dimension relationnelle du leadership, exerce une influence sur le bien-être.

Ensuite, cette définition aborde également un aspect organisationnel. Certains auteurs avancent que l'organisation du travail est également un prédicteur de bien-être au travail (K. Utriainen et al., 2015). Étant donné que l'infirmier chef est responsable d'une grande partie de l'organisation de son équipe, ce constat s'applique à notre recherche. D'ailleurs, dans la dimension relationnelle évoquée dans le paragraphe précédent, on remarque que cette relation de qualité entre le leader et son équipe entraîne indirectement des conséquences organisationnelles notamment en ce qui concerne les ressources et le partage d'informations. Le modèle de Kanter abordé précédemment suivait également cette théorie et avançait que la création de conditions permettant l'accès aux informations, au soutien, aux ressources nécessaires et aux possibilités de développement relève du rôle du manager et augmente le sentiment de satisfaction au travail chez les infirmiers (Spence Laschinger et al., 2014). Le leadership a par conséquent une composante organisationnelle, partiellement liée à la dimension relationnelle qui influence le bien-être des travailleurs

Outre cela, plusieurs auteurs avancent que les infirmiers chefs jouent un rôle capital dans la création et le maintien du bien-être de leur équipe, notamment selon le style de leadership qu'ils adoptent (Hayes et al., 2010; Kati Utriainen et al., 2015). Le leadership transformationnel est un bon exemple.

Cette méthode concerne l'ensemble des actions du leader qui influencent positivement la performance du personnel infirmier et la sécurité du patient (Mullen & Kelloway, 2009). Ses missions sont les suivantes :

- Être **attentif** à travailler avec son équipe tout en utilisant l'empowerment
- Permettre le **développement** et la **formation** de son personnel
- Communiquer et réfléchir de façon **critique** dans son travail quotidien
- Gérer les **problèmes** et prendre des **décisions** (Thompson, 2012).

Dès lors, outre le développement et la formation des missions qui sont relatives à l'organisation et à la gestion du personnel, les défis du leader transformationnel relèvent de ses qualités personnelles. Bass et Avolio (1994) ont caractérisé le leader transformationnel par 4 caractéristiques, les 4 « I » : l'Influence idéalisée, l'Inspiration, la stimulation Individuelle et la considération Individualisée (Bass & Avolio, 1994). Cela signifie que ce type de leader se démarque par :

- Son charisme, son altruisme, influençant la confiance et le respect qu'il inspire
- L'inspiration et la motivation qu'il suscite chez ses subordonnés
- Son intérêt et son ouverture au développement et à la créativité de son équipe
- Sa considération pour les membres de son équipe et leurs besoins de développement, le soutien qu'il apporte à ses subordonnés (Fischer, 2016).

Une dimension plus personnelle émerge ici, relevant davantage des caractéristiques propres à la personne qu'est le leader. Fischer avance que le leadership transformationnel n'est pas considéré comme une compétence qui peut se transmettre, s'apprendre (Fischer, 2016). Cela suit le raisonnement selon lequel ce leadership dépend des caractéristiques naturelles du leader, qui sont propres à chacun.

Ensuite, abordons le leadership authentique. Ce style de leadership influence le bien-être psychologique en agissant sur l'atmosphère et l'environnement de travail, ce qui contribue indirectement au bien-être des patients. Le leader authentique encourage l'autonomie, l'apprentissage et veille à développer un environnement de travail propice à cela. Des recherches ont prouvé que l'adoption de ce style de leadership favorisait le bien-être au travail, notamment par le biais de ses effets sur le climat au travail. (Nelson et al., 2014). Ce climat positif se caractérise par une confiance mutuelle entre les membres ainsi qu'un traitement équitable des employés (Blake, Blayney, Loera, Rowlett, & Schmidt, 2012).

Il se perçoit à travers trois dimensions : la considération de l'employé, son autonomie dans la prise de décision et les possibilités de développement qui s'offrent à lui (Brunet & Savoie, 1999).

L'infirmier chef est un élément primordial dans la création et le maintien du bien-être grâce à ses capacités personnelles, relationnelles et organisationnelles et à la création d'un climat de travail positif. Sa façon de gérer son équipe influence leur ressenti dans leur travail quotidien. D'autres acteurs sont en partie responsables des membres de l'équipe : le département des ressources humaines. Voyons comment ce département influence le bien-être des infirmiers.

Chapitre 3 : Rôle du département des ressources humaines

3.1 La reconnaissance

Le Département des Ressources Humaines (DRH) tient plusieurs rôles au sein d'une institution, notamment dans la création de reconnaissance au travail. Cette reconnaissance est un besoin commun à tous les employés et représente une composante indispensable dans le contexte du travail (Brun, 2008). Elle permet d'aborder autrement les responsabilités qui peuvent parfois être une source de stress et d'épuisement pour le travailleur (Taskin & Dietrich, 2016, p.154). De plus, comme l'avancent Diez et Carton, cette reconnaissance de la part des supérieurs participe au bien-être des travailleurs, plus encore que l'augmentation du salaire et la charge de travail. Ils ajoutent que la reconnaissance s'opère de différentes façons et contribue à l'estime du travailleur qui est elle-même déterminante pour sa motivation. Les salariés interrogés dans leur étude disent également qu'ils ressentent un besoin d'écoute, de pouvoir communiquer, tout cela dans une ambiance respectueuse (Diez & Carton, 2013). Cette reconnaissance s'organise autour de quatre éléments : la personne en tant que telle, son travail et ses compétences, les efforts qu'elle accomplit et le résultat qu'elle atteint (Brun, 2013). Deux procédés spécifiques articulent ces quatre éléments : la formation et l'évaluation.

3.2 La formation et le développement

Taskin et Dietrich avancent que « *la gestion de la carrière et de la mobilité constitue donc un levier évident de la reconnaissance au travail : il s'agit d'articuler des éléments objectifs (...), collectifs (...), et subjectifs (...)* » (Taskin & Dietrich, 2016, p.180). Cette articulation est vectrice de reconnaissance lorsqu'elle est correctement organisée et considérée. Cependant, si des propositions de développement sont faites de manière informelle et n'aboutissent jamais

réellement, cela sera plutôt générateur d'un manque de reconnaissance (Taskin & Dietrich, 2016). Certains outils sont également utilisés par le département des ressources humaines pour valoriser la progression de carrière des travailleurs comme les bourses à l'emploi via l'intranet, les forums des métiers, les revues du personnel, les cellules d'orientation, ...

Les constatations que nous avons faites dans les chapitres précédents se confirment ici. Les possibilités de formation et de développement sont génératrices de bien-être chez les travailleurs, grâce au sentiment de reconnaissance qu'elles procurent. Pour que ce soit le cas, il faut que ces possibilités soient correctement mises en œuvre et considérées.

3.3 L'évaluation du travail

L'évaluation d'un travailleur concerne les processus mis en place en matière d'appréciation du personnel. Le terme « appréciation » est choisi pour potentialiser le côté positif et l'évaluation, dans le but de faire participer le travailleur à son développement professionnel et personnel. Ce processus contribue à la reconnaissance au travail car « *il s'agit d'identifier et de valoriser la contribution de chacun au travail, au regard des résultats atteints, de l'effort accompli et des compétences mobilisées* » (Taskin & Dietrich, 2016, p.164)

L'évaluation classique consiste en la rencontre entre responsable hiérarchique (N+1) et le subordonné. Lors de cet entretien, ils comparent le travail formel de l'employé à son travail réel. Initialement instaurée dans une optique de contrôle, elle s'est progressivement transformée en opportunité d'amélioration des performances. Selon les constats établis lors de l'évaluation, des actions peuvent être menées et de nouveaux objectifs fixés (Taskin & Dietrich, 2016) .

Lors de l'évaluation, faire un feedback au travailleur concernant la façon dont il exerce son travail, positif comme négatif, est essentiel. Cet échange avec le supérieur permettra à l'employé de se sentir considéré et reconnu dans son travail mais lui permettra aussi d'évoluer. Parfois, l'employé est aussi amené à faire un feedback sur la façon dont il perçoit son contexte de travail. Néanmoins, cet entretien qui peut être très bénéfique pour l'employé peut également être influencé négativement selon les rapports qu'entretiennent les deux parties. Le DRH doit prévoir un cadre favorable à cette pratique et former les managers (Taskin & Dietrich, 2016).

Selon les institutions, l'évaluation représente parfois un travail administratif important et coûteux. De plus, le contexte organisationnel joue également un rôle dans l'adoption de ce procédé. Par conséquent, il est parfois oublié. Paradoxalement, bien que les résultats de l'évaluation soient des indicateurs primordiaux, ils sont souvent ignorés ou utilisés à des fins mal définies. Taskin et Dietrich avancent que ces éléments « *contribuent grandement à la dé-credibilisation de l'ensemble du processus d'évaluation de la performance* » (Taskin & Dietrich, 2016, p.169).

Enfin, pour maintenir un lien entre évaluation et reconnaissance, il est nécessaire de valoriser les bienfaits de l'évaluation, clarifier les objectifs qu'elle poursuit, considérer toutes les dimensions du travail et impliquer les travailleurs dans ce procédé. Comme les possibilités de formation, l'évaluation est génératrice de reconnaissance et participe par conséquent au bien-être des travailleurs, mais dans des conditions bien précises.

Partie 2 : Partie pratique

1. Chapitre 1 : Méthodologie

1.1 Énoncé de la problématique

Dans le Chapitre 1, nous avons établi un état des lieux sur le bien-être au travail, ses différentes dimensions, les facteurs qui le favorisait et les conséquences que le maintien ou la perturbation de ce bien-être avaient sur les infirmiers et sur leurs patients. Cette première étape nous a permis d'identifier trois sortes de facteurs qui influençaient le bien-être. Des facteurs personnels, relationnels et organisationnels. Ces éléments ont été développés et approfondis dans le chapitre 2, à travers des recherches menées dans la littérature relative à la dynamique de groupe. Dans le chapitre 3, les facteurs organisationnels relatifs aux responsabilités du département des ressources humaines ont été développés.

À travers ces recherches concernant les facteurs influençant le bien-être au travail et dans le milieu infirmier, nous avons pu remarquer que les constats établis concernaient souvent les aspects plus « négatifs » du travail comme le burnout et le stress, plutôt que de se focaliser sur les aspects qui potentialisent le bien-être. Dès lors, Utriainen et ses collègues suggèrent qu'il est nécessaire de concentrer les recherches sur les éléments qui ont un effet positif sur le bien-être au travail, de sorte à les renforcer (K. Utriainen et al., 2015). D'ailleurs, Herzberg avance dans sa théorie bi-factorielle que les éléments qui entraînent l'insatisfaction (facteurs d'hygiène) dans le travail sont différents de ceux qui favorisent la satisfaction (facteurs de motivation) (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959). De plus, différents auteurs ont pointé la nécessité que davantage de recherches devaient être menées sur le terrain. Laschinger et ses collègues l'ont notamment fait remarquer en avançant ceci : « *Même s'il est connu que la qualité de vie au travail peut varier d'une équipe à l'autre pour de nombreuses raisons, peu de recherches ont évalué dans quelle mesure les éléments du contexte et les conditions de travail dans les unités influencent les résultats individuels et organisationnels d'une équipe* » (Spence Laschinger et al., 2014).

Outre cela, les conséquences de cette perturbation du bien-être sont délétères non seulement pour les infirmiers mais aussi pour les patients et la qualité des soins qui leur sont prodigués. D'ailleurs, le contexte actuel belge est révélateur de ce mal-être que vivent les infirmiers. Bien que nombreuses études aient été menées sur le sujet et que plusieurs facteurs influençant le bien-être des infirmiers aient été identifiés, aucune étude n'a inclus les trois catégories de

facteurs que nous avons identifiées et les a confrontées à la réalité du terrain en Belgique, à Bruxelles. Dès lors, dans le contexte actuel des soins infirmiers à Bruxelles, il convient d'établir un état des lieux de la situation actuelle et des éléments personnels, relationnels et organisationnels influençant le bien-être des infirmiers.

Par conséquent, notre recherche portera sur l'influence positive qu'exercent les facteurs personnels, interpersonnels et organisationnels sur la satisfaction au travail des infirmiers en milieu hospitalier. Pour ce faire, nous mènerons une enquête qualitative sur le terrain pour découvrir le vécu subjectif des acteurs concernés. À travers cette recherche, nous chercherons à faire émerger des recommandations concernant les actions qui peuvent favoriser ce bien-être chez le personnel soignant à l'hôpital.

1.2 Objectif de recherche

Le but de cette recherche est d'identifier, dans deux services de soins infirmiers, comment les éléments personnels, relationnels et organisationnels du travail influencent le bien-être des infirmiers dans leur travail pour trouver des actions et des recommandations qui permettront de favoriser ce bien-être.

1.3 Question de recherche

Suite aux constatations établies dans la théorie et à l'objectif de cette recherche, la question suivante émerge : « *Comment les dimensions personnelles, relationnelles et organisationnelles du travail influencent le bien-être des infirmiers en Belgique, à Bruxelles ?* ». C'est ce que nous tenterons d'élucider à travers notre étude.

1.4 Type d'étude

Les mesures proposées pour évaluer le bien-être au travail, identifiées dans la première partie, n'englobaient pas tous les facteurs favorisant le bien-être. De plus, elles se présentaient sous forme de questions fermées qui limitaient le répondant à des réponses binaires ce qui ne permettait pas l'émergence de facteurs inconnus (voir annexe 1). Dès lors, la thématique du bien-être étant assez complexe et comprenant une dimension subjective importante, une recherche qualitative semblait la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche. Pour réaliser cette étude de façon pertinente, il a été convenu de mener la recherche dans deux services différents.

En effet, cette méthode nous permettra de comparer des dynamiques, des cohésions et des fonctionnements différents. En procédant de cette façon, des tendances seront plus faciles à identifier.

Les deux services participants font partie de deux hôpitaux publics de Bruxelles. Ces services ont été sélectionnés en concertation avec le directeur des soins infirmiers de ces services. Dans un premier temps, il a été convenu d'interviewer les membres du premier service sélectionné. Ensuite, la même tâche a été réalisée dans le deuxième service. Enfin, dans un troisième temps il a été question d'analyser les différents entretiens afin de comparer les éléments personnels, relationnels et organisationnels pouvant influencer le bien être des infirmiers dans chacune des deux équipes.

1.5 Méthode de recueil de données

1.5.1 *Échantillonnage*

Pour réaliser cette enquête, il convenait de choisir deux unités qui étaient comparables en termes de charge et flux de travail, de sorte à ce que ce facteur ne constitue pas un biais par la suite. Cependant, ces deux équipes étant composées de personnes différentes, les dynamiques étudiées seront par conséquent différentes, ce que nous recherchons. Le directeur des soins a lui-même proposé deux services de soins intensifs, sachant qu'ils avaient des infirmiers chefs qui selon lui fonctionnaient de façon et avec des organisations différentes. Par soucis de confidentialité, ces deux services seront appelés USI-1 et USI-2 dans le reste de ce travail.

1.5.2 *Les entretiens*

Pour réaliser les entretiens, il a d'abord fallu prendre contact avec le directeur des soins infirmiers des hôpitaux concernés. Le projet lui a été présenté et il a donné son accord. Il nous a ensuite fourni les coordonnées des infirmiers chefs des unités concernées. L'objectif de l'étude leur a également été exposé et ils ont à leur tour donné leur approbation. Ils ont ensuite proposé des participants potentiels selon la disponibilité des infirmiers et la charge de travail de leur service durant la période de l'étude. Il avait bien été précisé à l'équipe que chaque infirmier devait participer sur base volontaire.

Pour faciliter l'analyse, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits de façon intégrale. Cela a permis une meilleure compréhension des propos de chaque répondant sur leur vision de leur travail au sein de leur équipe. Cela a également permis de réaliser une analyse plus précise.

1.5.3 Lieu de l'enquête

Les entretiens se sont déroulés au sein des services concernés, dans le bureau de l'infirmier chef à l'USI-1 et dans la cuisine réservée aux infirmiers à l'USI-2. Il est arrivé que certains entretiens soient interrompus par des personnes qui rentraient dans la pièce. Lorsque cela s'est produit, les enregistrements ont été coupés le temps de l'interruption pour maintenir la confidentialité et pas respect pour les répondants.

1.5.4 Caractéristiques de la population concernée

1.5.4.1 L'USI -1

Sur les 25 infirmiers que compte l'USI-1, 6 ont été interrogés dont 2 hommes et 4 femmes. Sur ces 6 infirmiers, un(e) travaille à temps plein et les autres ont des horaires à temps partiels. L'infirmier chef de cette équipe est un homme. Les infirmiers de cette équipe sont soumis à différents horaires :

- Le matin : 3 infirmiers de 7h00 à 15h00 (dont l'infirmier chef)
- L'après-midi : 2 infirmiers 13h30 à 20h30
- Journée entière : 2 infirmiers de 9h00 à 20h30
- La nuit : 2 infirmiers de 20h15 à 7h15
- Week-end : 2 infirmiers de 9h00-20h30, 1 de 7h00 à 13h00, 1 de 7h00 à 15h00, 2 la nuit.

Le service comprend 7 lits. Une aide logistique est présente la semaine, de 8 heures à midi. Elle se charge principalement des commandes de matériel à faire pour le service. Pour avoir cette aide supplémentaire, l'infirmier chef a dû se passer d'un demi-équivalent temps-plein infirmier. Le service va bientôt déménager dans une nouvelle aile de l'hôpital.

1.5.4.2 L'USI-2

L'USI-2 est une équipe composée de 18 infirmiers, dont 6 ont été interrogés, 1 homme et 5 femmes. Sur les six infirmiers, un seul travaille à temps plein, les autres ont des horaires à temps partiel. Dans cette équipe, l'infirmière chef est une femme. Deux infirmiers ont récemment pris leur pension.

Les infirmiers de cette équipe ont des horaires légèrement différents de l'USI-1

- Le matin : 4 infirmiers de 7h15 à 15h15 (dont l'infirmière chef)
- L'après-midi : 2 infirmiers 13h30 à 20h30

- La nuit : 2 infirmiers de 20h15 à 7h15
- Week-end : 1 infirmiers de 7h15 à 11h15, 2 de 7h00 à 13h15, 2 de 13h15 à 20h30, 2 la nuit.

Le service comprend sept lits et un lit de clinique du sommeil, que les infirmiers doivent « surveiller » et donner à manger au patient qui l’occupe. Il n’y a pas d’aide logistique dans le service. Une aide logistique des autres services vient se greffer à l’équipe lorsqu’elle n’a pas trop de travail dans les autres unités. Parfois, une aide-soignante intérimaire vient les aider. Tous les 15 jours, un ancien membre de l’équipe vient travailler bénévolement pour soulager l’équipe.

1.5.5 Période de l’étude

La proposition du projet a été faite au directeur des soins infirmiers des deux hôpitaux durant le mois d’avril 2019. Les entretiens avec les infirmiers se sont étalés sur deux semaines, du 24 juin au 5 juillet 2019. La planification de ces entretiens s’est organisée en collaboration avec les deux infirmiers chefs de chaque service, de façon à perturber le moins possible le travail de leur personnel. L’analyse des entretiens a eu lieu durant la période du 4 juillet au 20 juillet 2019.

1.6 Guide de l’entretien

Le guide d’entretien (Annexe 2) a été créé à partir des constats établis dans la littérature. Cependant, pour permettre l’émergence de nouvelles thématiques éventuelles et ne pas inciter les répondants, nous avons veillé à formuler des questions ouvertes et assez générales. En effet, le but du guide d’entretien est de guider la conversation avec les participants de sorte à faire émerger des thématiques contribuant à notre recherche. L’entretien, semi-directif, est composé d’une introduction qui explique le projet de recherche et les paramètres relatifs à l’analyse des entretiens (questions éventuelles, confidentialité, feedback...) ainsi que de différentes questions sur les thématiques et sous thématiques qui nous intéressent pour répondre à la question de recherche. Certaines thématiques ont été abordées avec les infirmiers chefs :

- Description du travail / du rôle de chef
- Parcours professionnel
- Éléments importants du travail
- Vision du bien-être au travail
- Interactions avec l’équipe
- Organisation de la prise de décision

- Possibilités de formation dans le service
- Modalités d'évaluation dans le service
- Culture du service
- Vision de soi en tant que leader

D'autres thématiques ont été abordées chez les infirmiers de l'équipe :

- Motivations à faire ce métier
- Description du travail
- Description des relations avec les collègues
- Interactions avec les membres de l'équipe
- Description de la relation avec l'infirmier chef
- Rôle personnel au sein de l'équipe
- Place dans l'organisation/ la prise de décision
- Possibilité de formation dans le service
- Modalités d'évaluation dans le service
- Valeurs prônées dans le travail
- Ressenti par rapport au travail

1.7 Analyse des données

L'analyse des résultats a débuté par la lecture de l'ensemble des entretiens. En adoptant une démarche inductive, nous avons fait émerger une série de catégories de données selon les thématiques abordées au fur et à mesure de la lecture (Strauss & Corbin, 2004). Ces données ont permis l'émergence d'éléments pouvant répondre à notre problématique. Le résumé de cette analyse se retrouve en Annexe 3. Par soucis de confidentialité, uniquement les extraits les plus pertinents pour la résolution de notre question de recherche seront mentionnés dans ce travail. La retranscription intégrale des entretiens peut être fournie sur demande, en cas de recherche plus approfondie.

2. Résultats

Les deux services seront analysés séparément. Le choix des thématiques mises en évidence dans cette partie a été effectué selon la fréquence des propos recueillis dans chacun des services.

2.1 Équipe des soins intensifs de l'USI-1

2.1.1 Leadership

L'infirmier chef de l'USI-1 se considère comme un leader **participatif** (E1L332), qui connaît la réalité du terrain, ce qui est important selon lui. Cela lui laisse peu de temps pour le travail administratif (E1L27-32).

E1L79-80 : « C'est-à-dire que je ne suis pas un infirmier chef qui est dans son bureau et qui ne connaît rien au terrain, ça c'est hors de question ! »

E1L333-336 : « Et surtout continuer à faire des soins avec les patients, dans l'équipe et pas hors équipe ! C'est le plus **important**. Un infirmier chef hors équipe qui est dans son bureau, tôt ou tard il est **critiqué** (...) Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, il faut être sur le **terrain**, il faut discuter avec les gens, faut voir ce qu'ils font, faut parfois les reprendre. »

Il apprécie de pouvoir apprendre des choses à son équipe, le côté « professeur », transmettre l'**information** (E1L78/87). Il cherche à **équilibrer** le travail de la meilleure façon possible entre les membres du personnel (E1L37). Il prend les **décisions** en consultation avec les membres de son équipe (E1L333). Lorsqu'on lui pose la question du bien-être au travail, il avance que c'est important d'avoir suffisamment de personnel pour ne pas être submergé par le travail (E1L132). Il explique que son cadre le soutient sur ce point. Ce n'est pas toujours possible et il estime que son équipe doit s'attendre à de telles conditions.

E1L140-143 : « Je leur dit « Écoutez, **vous avez choisi** les soins intensifs, **vous savez** qu'à certains moments il y a du travail, certains moments un peu moins, un peu plus, soit, et de temps en temps boum il y a des pics ». C'est comme ça faut faire face et je pense que si on n'arrive pas à faire face, on n'est **pas armé** pour travailler aux soins intensifs. »

En tant qu'infirmier chef, il est particulièrement attentif à ce que son équipe trouve **un sens à son travail**. Il explique que cela est difficile depuis le décès de leur médecin chef il y a un an.

E1L112-121 : « Ce qui est important c'est qu'ils trouvent un **sens** dans leur travail et j'ai l'impression que c'est de plus en plus difficile. Parce que depuis plus d'un an, on a notre médecin chef qui est décédé. Ça a mis un gros coup à l'équipe, c'était lui aussi qui **portait**

*des projets pour le service, des gros projets, des études etc. Et donc on a l'impression de s'endormir un petit peu sur nos acquis, qu'il n'y a plus **rien qui se développe**. J'ai beau développer des choses un petit peu au niveau infirmier, mais ça ne suffit pas, il faut au niveau médical aussi, c'est un petit peu compliqué. Il faut être vigilant à **remotiver** un peu les gens, à toujours un petit peu les rebooster, les **impliquer** dans le projet du nouveau bâtiment. »*

En tant que leader, il accorde de l'importance à la concentration sur la réalisation du travail qui prime sur les relations interpersonnelles :

*E1L108-112 : « Alors il faut essayer de voir si les gens se plaisent au travail... Mais c'est pas évident ! C'est un peu personne-dépendante ! Euh il y a beaucoup **d'histoires interpersonnelles**, dans leur vie etc. Donc moi j'essaie de vraiment pas m'intéresser à ça... **Quand on vient au travail, c'est pour le travail !** (...) Quand les gens viennent qu'ils tirent un peu la tronche, je laisse un peu de côté, je regarde un si ça n'a pas d'impact mais voilà. »*

Lorsqu'il parle de relations avec ses collègues, il explique que l'équipe les compare à une **famille**. Comme une famille, son équipe est parfois confrontée à des **conflits** (E1L170). À ce moment, il aborde à nouveau cette notion de travail accompli par rapport aux relations sociales :

*E1L173-177 : « Donc voilà maintenant il y a des personnes qui s'entendent très bien, d'autres un peu moins bien mais c'est comme ça ! Effectivement moi j'ai tendance à leur dire, « Écoutez, **oubliez ce terme de famille**, moi je pense qu'on est ici pour **travailler**, on peut s'entendre bien ou pas avec certaines personnes, mais le tout c'est de rester **professionnel** » ! Et voilà, c'est le plus important. »*

Il dit savoir qu'il doit s'améliorer sur sa façon de **communiquer** en tant que leader.

*E1L339-342 : « (...) faut parfois les reprendre. Parfois ça ne passe pas bien (...) il y a peut-être une **façon de le dire** aussi. Et ça je sais que je dois m'**améliorer** là-dessus ! »*

Les infirmiers de l'équipe confirment. Ils précisent qu'il a conscience de cela et fait des efforts. Certains avancent également qu'il s'exprime peu lorsque les choses vont bien.

*E7L126-128 : « On sait que ce n'est pas un pro de la **communication**, ce genre de choses, mais il s'entoure des personnes qu'il faut pour essayer d'améliorer tout ça, il a **conscience** de ses points forts mais conscience de ses points faibles aussi. »*

E9L390-393 : « Non mais ça c'est son petit **défaut**... mais il le dit lui-même ! Il s'améliore par rapport à ça. Je pense que c'est le cas de plein de chefs en fait ! Du mal à dire ce qui va bien alors que je pense que c'est hyper important, c'est du **renforcement positif** et... effectivement il a du mal à faire ça. »

Les membres de l'USI-1 apprécient sa présence dans les soins.

E9L197-201 : « À la fois c'est un chef qui bosse en salle, qui prend des patients en charge et ça je trouve ça **hyper important** parce que ça permet d'être **en phase** par rapport à la **réalité du travail**, par rapport à la charge du travail, par rapport à ce qu'on vit tous les jours. Et euh lui aussi ça lui apporte de la **crédibilité** parce qu'effectivement il sait de quoi il parle et euh surtout il nous **comprend** quand on lui expose les problèmes. »

La plupart le considèrent comme une personne **à l'écoute**. Ils apprécient qu'il ne mette pas de **barrière** entre lui et le reste de l'équipe. Ils apprécient également les **arrangements** qu'il fait selon les **besoins** de chacun, notamment au niveau des horaires et de la vie privée.

E9L201-205 : « Et puis y'a ce côté aussi **proximité**. Il a un management qui est très **familial** et ça je trouve ça hyper cool et moi je reste persuadé qu'on peut être un excellent chef tout en étant **proche** de son équipe et pas forcément en instaurant des **barrières** comme d'autres chefs le font (...) C'est ça qui fait vraiment que **ça marche** avec lui. »

E7L121-124 : « Je pense que c'est quelqu'un qui se veut vraiment très **à l'écoute** (...) enfin il fait vraiment beaucoup. Par exemple, avec nos horaires, moi je trouve qu'on ne peut pas se plaindre et qu'il **respecte** quand même beaucoup de nos **desiderata**, il fait beaucoup d'**efforts** pour arriver à combiner tout ça. Je trouve qu'il y arrive pas mal, vraiment. »

2.1.2 Relations interpersonnelles

Les membres de l'USI-1 sont assez positifs concernant leurs relations dans l'équipe. Les termes « **famille** » et « **amis** » sont souvent utilisés. Ils évoquent la notion de **confiance** (E2L40) qui s'est développée entre eux, mais également des valeurs présentes dans l'USI-1 comme la **bienveillance**, le **respect** (E7L302), la **solidarité** (E9L455) et l'**entraide** (E9L460).

E7L75-79 : « C'est des personnes qui sont **importantes** pour moi. Certains sont des amis qui sont presque **apparentés à de la famille**, parce qu'il y a des liens plus forts qui se sont créés, parce qu'il y a des liens de parrain-marraine des enfants des uns et des autres, donc je pense que ça a dépassé le stade de collègues ou d'amis avec certains. »

E8L51-54 : « Il n'y a **pas de stress** en allant au boulot, ça devient même plus que des collègues, on crée vraiment des liens d'amitiés et je trouve que **ça facilite le travail**. »

Nombreux d'entre eux expliquent cette bonne entente par le rôle que joue le chef dans cette **dynamique** de groupe. Ils avancent que le chef exerce une bonne sélection lors du recrutement. Il est attentif aux **personnalités** des infirmiers qu'il embauche. Le chef confirme ces propos.

E10L103-105 : « Je pense aussi que le chef y est sans doute pour beaucoup ! (...) c'est lui qui **induit** aussi un peu la **dynamique** de groupe. Enfin c'est lui qui fait nos horaires, c'est lui qui gère quand il y a un **conflit** et des choses comme ça donc... Je pense que ça doit jouer. »

E10L112-114 : « Je pense que le fait qu'il essaie que ce soit **équitable** au niveau des horaires etc, qu'il n'y en ait pas un qui soit avantagé par rapport à un autre, je crois que ça joue dans la bonne entente et dans la **bonne cohésion** d'équipe. »

E9L109-114 : « Je ne sais pas ce qui fait que la « sauce prend », probablement le chef qui fait un excellent **casting** au niveau du recrutement et qui essaie, dans la mesure du possible, de recruter des gens qui soient dans le même mood que les autres, de façon à ce qu'il n'y ait pas des gens qui **déteignent** forcément au niveau de la personnalité, des personnalités trop extrêmes et qui font que ça ne marcherait pas. »

E1L237-238 : « C'est plutôt des gens que je **repère** parce que j'ai trouvé qu'ils avaient l'air de bien travailler, parce que j'ai trouvé qu'ils avaient l'air sympathique, c'est **important** ! »

Certains expliquent que l'équipe était un noyau cohésif qui s'est dispersé suite au départ d'anciens membres et à l'arrivée de nouveaux. Ce clivage générationnel a diminué l'homogénéité du groupe (E2L140-144). D'autres estiment que bien que la dynamique du groupe change, l'intensité du groupe reste la même (E7L84-85). L'équipe apprécie également les moments de **pauses** qui sont fort respectés pour encourager cette bonne entente entre collègues. Certains avancent que l'**organisation** favorise cela.

E9L155-160 : « Ici on fait des pauses et je trouve ça très bien. Je trouve que c'est **vraiment hyper important**. Il y a des hôpitaux où ce n'est pas le cas, chacun prend sa pause quand il en a envie, ça ne crée pas vraiment de **dynamique de groupe**. Ici, ce n'est pas le cas. »

E9L135-137 : « J pense qu'à partir du moment où c'est **pas bien organisé**, où la charge de travail devient monstrueuse, quand c'est pas reparti de façon équitable ouais, ça peut créer des **tensions** dans une équipe ».

Les **sorties** et **rencontres** en dehors du travail contribuent également au développement des relations entre les membres de l'équipe. Ces rencontres informelles sont fort appréciées.

E7L113-117 : « *Et puis on a une équipe qui a fait beaucoup de choses à l'**extérieur**. On se voyait beaucoup en dehors, des fiestas, des sorties, des restos... enfin plein de trucs quoi ! Sans que ce soit lié au travail hein... vraiment de manière totalement indépendante, ça je crois que ça a beaucoup **resserré les liens**, oui.* »

Outre cela, certains disent que leurs relations sont favorisées par le **contexte des soins intensifs**.

E7L89-94 : « *Je pense que c'est la spécificité des soins intensifs, de l'aigu de cette discipline-là, des cas parfois un peu plus compliqués qui font que... On a besoin des uns et des autres à un moment donné (...) On a besoin de pouvoir **s'ouvrir, se confier** à certains collègues sur certains cas un peu plus compliqués, ce genre de choses ! Et euh... quand on s'autorise à le faire, parce qu'il y a beaucoup de **respect**, beaucoup d'**écoute** mutuelle au sein de l'équipe, forcément ça créé des liens, ça créé des **liens plus vrais** ».*

Enfin, lorsque la question de la satisfaction au travail est posée, les infirmiers de l'USI-1 trouvent que l'entente avec leurs collègues est un facteur qui influence leur bien-être.

E8L362-364 : « *Moi j'ai toujours dit que l'entente avec ses collègues c'est **primordial**, on ne sait pas travailler et être seul contre tous ! Donc le fait qu'il y ait une bonne ambiance malgré le travail difficile qu'on effectue, on puisse quand même **rigoler** avec les collègues et les médecins (...) Vraiment le fait de bien s'entendre avec ses collègues c'est **élémentaire** !* »

E10L479-489 : « *Clairement je crois que la grosse partie c'est la relation avec les collègues (...) Je préfère **me sentir bien** dans ce que je fais, bien dans mon équipe, droit(e) dans mes bottes (...) je me sens bien dans ce que je fais...* »

E9L480-482 : « *Ben les relations avec les collègues, de un, ouais, cette **solidarité** pour beaucoup. Je pense que c'est cool de se dire, on va **s'aider**, on s'arrête ensemble et que ce n'est pas je te laisse dans la merde et chacun pour soi.* »

2.1.3 Facteurs personnels

Les membres de l'équipe ont beaucoup évoqué leurs personnalités au cours des différents entretiens, notamment pour expliquer comment cela influençait leur travail.

E7L376-379 : « Je suis peut-être très **optimiste**, très utopiste je n'en sais rien... Mais je suis quelqu'un qui... ne pas juste se **contenter de ce qu'on a**, parce que ça ce serait un peu facile, mais je trouve qu'on a déjà beaucoup de choses. Et qu'on peut faire pas mal de belles choses avec ce qu'on a donc... Moi ça me... ça me convient... »

Ils en parlent également pour expliquer la **bonne qualité des relations** qu'ils entretiennent avec leurs collègues. Il se connaissent et savent comment chaque membre de l'équipe fonctionne :

E8L171-174 : « Je pense que déjà je suis **facile à vivre** et euh... Je ne suis **pas timide** donc je vais facilement vers les autres et euh... je pense que on essaie tous d'être un peu plus **ouverts**, et on doit communiquer. En fait on vit plus avec nos collègues que chez nous donc on essaie de **faire en sorte** que tout se passe bien. »

E10L95-98 : « Ben déjà je pense, la personnalité des gens ça fait beaucoup, et je pense qu'ici le fait que tout le monde se **connaisse** ben du coup voilà on sait qu'il y en a qui ont plus de **caractère** que d'autres, on sait... Mais je crois que le fait de **bien se connaître** ça apprend aussi à **bien travailler** ensemble. »

Par moment, ils abordent les **conflits** au sein de l'équipe et avancent que beaucoup d'éléments de leurs personnalités facilitent la **communication** et la résolution de leurs différends, comme l'honnêteté et l'ouverture d'esprit (E2L221). Les interactions se font dans le respect.

E8L58-60 : « Je pense que dans notre équipe, il y a une **grande communication** ! Il y a peu de personnes qui mâchent leurs mots. Donc parfois on est un peu trop **francs**. Mais je pense que ça permet aussi de **crever les abcès** et de faire en sorte que ça se passe vraiment **bien** ! »

E10L451-453 : « Oui je pense parce que ce que je ressens c'est un climat de **respect** envers tout le monde. Il n'y a pas un mot qui vole plus haut que l'autre. On ne va pas faire les choses pour faire du mal aux gens, ou pour les enfoncer... »

E10L458-460 : « Et même l'**honnêteté** dans la relation, si quelqu'un a quelque chose à dire, ben ce sera dit (...) quand il y a un souci on essaie que ce soit mis sur le tapis plutôt que ça piaille à droite à gauche et que ce soit des **non-dits**. »

2.1.4 La formation et la possibilité de développement

Tous les infirmiers ont évoqué l'importance qu'avait la formation pour eux. Pour la plupart infirmiers spécialisés en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU), ils expriment la nécessité **d'être à jour** sur les nouveautés, sur le matériel et les nouvelles technologies.

E2L250-251 : C'est une **mise à jour** quand même par rapport à l'**évolution** des choses, les techniques... ça nous permet de rester au **top** ».

E7L247-253 : « C'est **capital** ! Je trouve que ça évolue tellement vite, il y a tellement de nouvelles, de nouveaux matériels, de nouvelles possibilités, (...), si on ne suit pas ces formations, on est vite à la traîne (...) si on ne va pas chercher nous les infos et si on ne se forme pas ben on est vite **à la traîne** et je trouve ça dommage car je disais justement que ce **côté intellectuel** est super important dans notre boulot ».

E9L290-293 : « C'est important pour être « **up to date** », parce que ça **évolue** tellement vite et euh... tout est très vite démodé (...) Donc je trouve que c'est **important**. Pour bosser par rapport à des **guidelines qui soient d'actualité**. »

Le chef de l'USI-1 accorde également beaucoup d'importance à ces formations ainsi qu'à l'obtention de **matériel adapté**. C'est quelque chose que les membres de son équipe remarquent et apprécient réellement, car cela les **motive à travailler**. Il est également attentif aux **intérêts** de chacun, de sorte à leur proposer des formations spécifiques.

E7L259-262 : « Je trouve que oui ils **proposent** eux-mêmes aussi des formations ! (...) Donc voilà même **spontanément** il y a des choses qu'eux proposent, donc je suis **satisfait(e)** ! »

E7L339-342 : « Et puis je pense qu'on a eu, le chef **entretient** beaucoup ça aussi, il nous offre beaucoup de possibilités pour euh... enfin si on a du **bon matos** et tout ça c'est parce qu'il est beaucoup derrière, il se bat beaucoup pour qu'on ait des chouettes choses, tout ça. Donc je pense que ça ne fait **qu'accentuer cette envie de travailler**. »

E1L272-277 : « Il y a un peu d'**encouragements**, ici j'ai reçu un document pour être infirmier « don d'organes ». Et j'ai un(e) infirmier(e) qui s'occupe un peu de ça ici, donc directement je lui ai proposé, il/elle est motivé(e), il/elle va s'inscrire (...) Je cible un peu les personnes qui pourraient être **intéressées** en fonction... »

Enfin, certaines personnes de l'équipe réalisent des **formations** de type **universitaires** en parallèle de leur activité dans le service. La volonté de suivre ces formations a été établie dès leur arrivée dans le service. Un horaire à temps partiel leur a été accordé. Ces personnes apprécient que leur chef soit attentif à **agencer leurs horaires** de sorte à ce qu'elles puissent suivre leurs cours (E10L92). Pour ces formations, l'hôpital accorde normalement des « congés d'éducation payés ». C'est du moins ce qui leur avait été dit lors de leur arrivée. Ces infirmier(e)s ont cependant spécifié la difficulté qu'ils/elles ont eu à obtenir ces congés.

Ils ne leur avaient pas été attribués d'emblée car l'hôpital accorde des congés pour la deuxième année de formation et un remboursement de la formation uniquement si la formation débute durant la carrière au sein de l'hôpital. Ces incompréhensions ont été mises au point lors d'une **réunion avec le cadre infirmier et le directeur des soins**. Les congés ont finalement été attribués, mais ce quiproquo a été générateur de frustrations :

E10L326-329 : « *Si j'avais su que ça se passerait comme ça, j'aurais pris **d'autres dispositions** alors et j'aurais clairement été voir **un autre hôpital** qui m'aurait donné les avantages auxquels j'ai droit, parce que je sais que j'ai plein d'autres connaissances qui ont des congés d'éducation payés et qui plus est dans leurs 1ère année (...) J'avais déjà fait une croix la 1ère année, parce que je savais que je devais prouver ma réussite... Mais j'attendais quand même d'avoir mes congés après. On a discuté et ils ont vu qu'on était très **déçu(e)s**. »*

Cette réticence de la part de la direction s'expliquait par le fait que l'hôpital finance ce genre de formation et se retrouve avec des postes vacants qui pourraient être comblés par des personnes qui suivent ce cursus (E10L336-339). Les infirmier(e)s concernés réagissent :

E10L339-341 : « *D'un côté je comprends mais je ne trouve pas **ça attirant** de dire : « Tous les hôpitaux de Bruxelles vont vous financer et vous donner des congés (...), mais nous on ne va pas le faire » (...) ça n'allait pas du tout attirer les gens pour venir travailler ici. »*

Par rapport à ce sujet, la direction envisage de mettre en place des entretiens pour justifier les motivations qui poussent à se lancer dans de telle formation. Nouvelle réaction :

E10L398-400 : « *En tout cas je pense que si j'avais dû le faire **ça m'aurait un peu déplu et je pense honnêtement que ça aurait pu remettre en cause ma place ici ! Je me serais dit, ben alors si c'est comme ça je vais ailleurs quoi et tant pis.** »*

2.1.5 Les modalités d'évaluation

Le chef de l'USI-1 explique que dans leurs institutions, des formulaires d'évaluations sont proposées par le DRH. Chaque infirmier fait son **auto-évaluation** puis rencontre et discute avec le chef, pour voir s'ils sont sur la **même longueur d'ondes** (E1L289-290). Ils discutent de leur travail mais également du service, de **l'avenir** et des **attentes** qu'ils ont (E1L156-157). Le chef explique que chaque infirmier doit être évalué une fois par an et avoir un retour un mois après son évaluation, ce qui ne se fait pas toujours de façon officielle dans la réalité, par manque de temps (E1L154). L'infirmier chef trouve cette rencontre importante :

E1L291-293 : « Pour moi le plus important c'est le **face à face**, c'est de discuter de ce qui va, ce qui ne va pas, si y'a pas de souci particulier et de voir un peu comment on peut y **remédier**. »

Dans l'équipe, les avis sur l'évaluation divergent. La plupart des infirmiers disent avoir eu peu d'évaluation officielles avec ce document en question depuis leur arrivée dans le service, 2 ou 3 tout au plus. Certains avancent que ces rencontres ne sont pas du tout nécessaires (E9L335). Ils estiment que si le chef a quelque chose à leur dire, il leur dira oralement, de façon informelle.

E2L273-275 : « Bah ce n'est **pas un problème** ! Je me dis que si je suis toujours ici c'est que ça marche bien quoi. Et que quand il a quelque chose à dire, généralement il n'attend pas de faire une évaluation pour remettre les choses dans le droit chemin »

E9L326-331 : « C'est fait à des moments qui ne sont **pas vraiment opportun** et où il n'y a pas de **problème** qui est mis en évidence ! Bon après on peut toujours s'**améliorer** clairement mais après c'est des trucs qui se disent... Ben il ne faut pas attendre une **évaluation formelle** pour dire ça et... Ces évaluations ne sont pas faites très souvent, parce que c'est quand la **direction le veut**, mais tout va bien quoi ».

D'autres estiment que c'est un moment important d'**échange** avec le leader qui facilite le dialogue. C'est une façon de savoir si leur travail est apprécié, surtout pour les nouveaux. Le personnel peut également s'exprimer en retour, ce qu'ils apprécient.

E7L278-285 : « Ça permet de **situer**, de voir si sa hiérarchie est satisfaite ou pas de ce qu'on fait, je pense que pour moi c'est **important**. Ça peut permettre justement de se voir rien qu'à deux (...) et parfois on peut se sentir **plus à l'aise** de parler de problème ou d'autres. (...) Il y a toujours une partie sur l'attitude ou la manière de faire de notre **supérieur** et c'est à ce moment-là, pour ceux qui ne sont pas toujours à l'aise, d'aller à la confrontation directe, ça peut permettre de glisser des petites infos, des petits messages (...) de manière un peu plus **douce, plus formelle, plus cadrée**. »

E10L243-247 : « J'étais contente d'en avoir une parce que c'est toujours bien de savoir où on en est... C'est toujours **gai** aussi de savoir ce qu'on pense de notre travail. Et le chef nous fait une évaluation de ses impressions mais je pense qu'il a aussi **l'écho des autres**... Du coup voilà, on a mis des **objectifs** ensemble, s'il y a des choses à **améliorer**, des choses qui sont bien faites, c'est **mis en évidence** ! Donc c'est bien ! Moi j'étais **demandeuse** en tout cas, et ça s'est fait tout seul sans que j'aie à insister pour l'avoir. »

E10L435-438 : « Lors de mon évaluation, il m'a demandé : « et toi comment ça se passe ? Est-ce que tu as des choses à dire, à nous reprocher ? Des choses spécifiques qui ne vont pas bien ? » (...) la question a été posée et j'ai eu l'occasion de dire (...) c'était une **chouette démarche** ! Encore une preuve de **considération** je trouvais. »

2.1.6 Communication, organisation et prise de décision

Comme dit précédemment, l'équipe communique davantage de façon **informelle** et **orale**. Cela leur convient.

E2L284-290 : « Je pense que les gens ici ont quand même une **ouverture d'esprit**, un **caractère** assez bien trempé, et donc on n'attend pas une réunion ou un entretien formel pour pouvoir dire les choses. (...) Et ça passe plutôt bien, je pense que les gens **acceptent** comme ça d'avoir un **retour** de leur collègue, peu importe de qui ça vient. »

Le chef organise une **réunion d'équipe** une fois par trimestre, pour communiquer des informations concernant le nouveau matériel ou des changements importants. Lors de ces réunions, un tour de table à lieu pour que chacun puisse s'exprimer. Avant la réunion, le chef propose à ceux qui le souhaitent d'envoyer un **mail** s'ils souhaitent aborder un sujet en particulier. Cela lui permet de se préparer et laisse la possibilité à ceux qui n'aiment pas s'exprimer en public de suggérer certaines choses. Cependant, certains évoquent la dernière réunion de décembre où la franchise habituelle de l'équipe n'a cette fois-ci pas été appréciée.

E2L300-302 : « Et il y a eu une **liberté d'expression** sauf que... c'est parti un peu... trop loin ! La liberté était trop prise et ... donc voilà il faut pouvoir cadrer ça aussi quoi (...) Le côté spontané est chouette, mais il y a des gens qui n'ont **pas de limite** quoi. Et il y a des gens qui à chaud vont partir en vrille, et dire des choses qui **dépassent le professionnel** quoi. »

Lorsqu'une **décision** doit être prise, l'équipe a son mot à dire, que cela soit de façon informelle ou durant ces réunions. Leurs idées sont entendues, c'est **agréable** (E8L128). Un membre plus jeune explique que comme l'équipe a ses habitudes, les nouvelles propositions doivent être réellement argumentées pour que cela soit mise en place (E10L223-224/238-239).

E7L171-173 : « Oui clairement j'ai mon mot à dire, (...) le chef, il est **ouvert** à ça ! Et je pense que quand il y a des **changements** qui doivent être faits ou des **décisions** qui doivent être prises dans l'organisation du service (...), il s'intéresse à **l'avis de tout le monde**. »

E8L135-137 : « (...) le chef est toujours ouvert aux propositions. Je pense que comme un **climat de confiance** s'est installé, on ose plus facilement dire ce qu'on pense. »

Le chef implique aussi son équipe dans le projet du **déménagement**, ce qu'ils apprécient. Certains avancent que la direction communique peu, notamment concernant ce déménagement.

E1L126-127 : « Je les implique dans chaque petite tâche pour qu'eux aussi se sentent euh... **créateur** de ce nouveau projet en quelque sorte ! Donc voilà ça c'est **important** pour moi »

E10L264-266 : « C'est **chouette** d'être **investi(e)** dans ce nouveau projet, d'avoir des petites **responsabilités** et de se dire « c'est moi qui l'aurai pensé comme ça, et ce sera **accompli** »

E7L191-195 : « Après c'est la direction supérieure où il y a beaucoup de **manque de communication** pour plein de choses (...) Voilà on va déménager bientôt, on est au courant de pas grand-chose ! Ce genre d'informations-là ne nous reviennent pas directement ! »

Les infirmiers apprécient également l'**autonomie** qui leur est donnée dans leur travail.

E2L66-68 : « Donc voilà vraiment une relation de **confiance** et voilà on peut faire des choses que peut-être dans certaines unités ils ne font pas. »

E7L68-70 : « Ça garde une **cohésion** d'équipe mais on peut malgré tout faire notre petite popote interne, **à notre façon**, comme on a envie, y'a personne qui nous empêche de le faire. C'est cette autonomie et cette **indépendance** au sein d'un groupe qui me plaît beaucoup. »

E9L82-86 : « Ben parce que le métier d'infirmier ne se résume **pas uniquement à exécuter** ce que les médecins disent. Après, ça fait aussi partie du taf mais je trouve qu'on a un **rôle à jouer** aussi dans tout ce qui est physiopathologie, connaissances, interprétation de la situation clinique... J'trouve que c'est hyper important, ça me **frustrerait** complètement de juste appliquer les prescriptions des médecins sans me poser de questions. »

Enfin, certains infirmiers avancent qu'ils doivent parfois courir après les médecins pour des prescriptions et que cela leur fait **perdre du temps** et est **usant** (E2L348-349). Plus de **rigueur** au niveau médical (E2L339) améliorerait leur ressenti au travail. Ils parlent aussi de la **pharmacie** qui ne les réapprovisionne pas toujours à temps. Ils répètent que cela est une perte de temps et d'énergie (E2L355-356).

2.1.7 Horaires et équilibre vie privée – vie professionnelle

Certains infirmiers apprécient la **liberté** qu'ils ont malgré leurs horaires inconfortables (E7L41-46). Certains évoquent leur **temps de travail** partiel qui permet un **équilibre** entre leur vie professionnelle et familiale influe sur la façon dont ils se sentent (E2L331-334).

E7L417-418 : « *Moi je pense que c'est vraiment cet équilibre-là qui me permet de tenir, et qui me fait tenir avec plaisir quoi.* »

2.1.8 Soins au patient et amour du métier

Lorsqu'on leur demande ce qu'ils apprécient dans leur travail, les infirmiers parlent du **contact** avec leur patient (E7L424-425), avec la **famille** des patients (E7L30) et de l'importance de leur bonne **prise en charge** (E2L35). Certains aiment tout simplement ce qu'ils font :

E10L497-499 : « *Ben j'aime ce que je fais et ça je pense que c'est l'autre gros point ! Parce que même si ça se passe bien avec les collègues, ben j'aime aussi mon travail, j'aime la relation avec les patients et tout ce que ça m'apporte et tout ce que moi je peux apporter !* »

2.2 Équipe des soins intensifs de l'USI-2

2.2.1 Leadership

L'infirmière chef de l'USI-2 décrit son rôle de chef comme celui d'une **maman**. Elle est attentive aux **besoins** de chaque membre, qu'elle considère comme ses égaux. Elle s'**adapte** à son personnel et cherche à les aider au mieux. Elle véhicule des valeurs qui lui tiennent à cœur.

E11L6-10 : « *Mon rôle, c'est en fait comme une **maman** (rires). Mon personnel c'est comme si c'était mes enfants. Il faut les **secouer** quand il faut, les **féliciter** quand il faut, donc mon rôle c'est de les coacher et surtout les ... **entourer**, de les **positiver** et surtout tenir compte de la **personnalité** et des **désidératas** de chacun parce que **quand on donne, on reçoit.*** »

E11L654-656 : « *Une maman c'est (...) les amener à être bien, à se **sentir bien** là où ils travaillent, parce que c'est super important. Et donc quand quelqu'un est en **difficulté** (...) ben, j'essaie de les **aider** au maximum, de les amener là où ils veulent arriver.* »

E11L601-602 : « *Oui, il faut s'**adapter**. Je pense que ce n'est pas le personnel qui doit s'adapter au chef d'unité mais c'est le chef d'unité qui doit au personnel.* »

E11L648-649 : « *Mes particularités c'est que j'essaie d'**aider** au maximum mon équipe. Je ne fais **pas de différence** entre eux et moi.* »

E11L86-87 : « ***L'humilité, le respect, l'entraide**, ça, je suis très à cheval là-dessus.* »

Lorsqu'elle aborde le bien-être au travail, elle avance ceci :

E11L101-103 : « *Le bien-être au travail c'est une **bonne organisation**, le **respect de chacun**, tenir compte des **desiderata** de chacun, de l'avis, même si on dit qu'il ne faut pas tenir compte de **la vie privée**, mais je pense que c'est très important. (...) Et pas uniquement. Il y a la **charge de travail** bien sûr hein. »*

Comme à l'USI-1, l'infirmière chef participe aux soins. Elle a également un travail **administratif** et **logistique** très important, étant donné que cette équipe n'a pas d'aide logistique. C'est quelque chose qui la frustre par rapport à son personnel qui fait face à une grosse **charge de travail**. Elle est souvent amenée à faire des heures supplémentaires. Elle évoque sa position entre le personnel et la direction.

E11L122-129 : « *La charge de travail qui est parfois **conséquence** et on n'a pas assez de personnel. (...) J'essaie le plus possible de les **décharger** parce que quand il y a beaucoup je reste plus longtemps. Maintenant, je suis aussi **entre la direction et mon personnel**. Ça, ça me **frustre** beaucoup parce que je ne peux pas leur donner ce que je voudrais car il y a des **contraintes financières** et ça c'est vraiment frustrant. Maintenant, malheureusement, je ne peux pas **donner** tout ce que je voudrais. »*

L'infirmière chef est également attentive à la **gestion des conflits** entre les membres de son équipe pour veiller au maintien de la bonne entente.

E11L189-195 : « *Je vois chacun **séparément**, et puis, s'il avait quelqu'un présent à ce moment-là j'essaie aussi de voir cette personne (...). Donc j'ai quand même quelqu'un de plus **objectif**. Et puis, je les vois **ensemble**. »*

E11L196-198 : « *C'est important parce que je déteste les conflits et je ne peux pas laisser **trainer** les choses. J'ai eu un conflit personnel avec un infirmier ça m'a perturbé pendant des semaines. Alors maintenant c'est **aplani**. Mais ce n'est pas facile, ce n'est pas facile. »*

Elle ne met pas de barrière hiérarchique entre elle et l'équipe, ce qui, selon elle, favorise la communication. Elle dit qu'elle n'est pas autoritaire ni directive, même si elle estime que parfois, cela lui permettrait d'obtenir plus vite ce qu'elle souhaite de la part de certaines personnes. Elle a également du mal à déléguer.

E11L530-531 : « *Je pense qu'il n'y a **pas de relation vraiment très hiérarchique**. Donc je ne suis **pas autoritaire** (parfois je devrais l'être un peu plus, ça c'est sûr (rires)). »*

E11L543-544 : « *Quand vous n'êtes pas très **directive**, je pense que parfois les choses prennent plus de temps à changer.* »

E11L550-551 : « *C'est comme **déléguer** parfois, pfff... c'est comme à la maison, parfois on se dit : « Je vais le faire parce que ça ira plus vite » ... »*

Lorsque les membres de l'équipe parlent de leur chef, ils la considèrent comme leur **maman**, leur **amie** (E3L77). Ils disent d'elle qu'elle **rassemble**, qu'elle est **fédératrice** (E5L166). Certains la comparent avec un « leader » Ils avancent qu'elle est fort à l'écoute, accessible et compréhensive. Elle est attentive à leurs besoins et leurs problèmes et elle les conseille.

E3L46-48 : « *Elle te donne des **conseils** pour résoudre le problème (...) Donc elle est fort à l'écoute. On l'appelle un peu la **maman** du service.* »

E5L145-146 : « *Je pourrais définir ma chef en un seul mot : **humanité**. Elle est très humaine, très **compréhensive**, à l'écoute, **accessible**, vraiment, je n'ai rien à dire sur cette chef.* »

E12L101-102 : « *Ce n'est pas une chef en fait, c'est une **leader** ! C'est quelqu'un qui est là en première ligne, s'il y a un souci, si quelqu'un manque (...) C'est quelqu'un qu'on **respecte**... Un leader on le suit très bien et un chef c'est quelqu'un qui donne des ordres... C'est quelqu'un qui est avec nous, qui nous soutient. On a une très bonne **relation** avec elle.* »

E6L174-176 : « *Elle veille à ce que vous ayez ce que vous voulez, elle est **attentive** aux **besoins** de chacun. Quand on a un problème, elle fait le maximum pour trouver la solution, donc, on se sent **entendus, écoutés et soutenus**.* »

Les infirmiers apprécient également sa manière de gérer les **conflits**.

E6L176-178 : « *Et aussi, elle ne laisse jamais des situations de tensions perdurer. Jamais ! Les abcès sont vidés assez vite. Elle gère les tensions en **confrontant** les personnes, en les obligeant à se parler, elle parle avec l'un ou l'autre, parfois elle donne son point de vue.* »

E6L187-188 : « *Elle **cerne** bien chacune de nos **personnalités** et elle sait aussi nous remettre à notre place.* »

E5L204-205 : « *La chef sait toujours trouver des **solutions** amicalement, très **doucement**, parler avec les personnes concernées et puis après il n'y a plus de problème.* »

Pendant plusieurs années, la chef de l'USI-2 est partie du service. Les membres de l'équipe disent qu'ils ont ressenti son absence et l'importance d'avoir un **encadrement** comme le sien.

E5L80-86 : « On est restés longtemps sans chef. C'était plus délicat, on le ressentait parce qu'il y avait des **tensions**, plus d'**instabilité** (...) Mais à partir du moment où on a une chef, un **encadrement**, des **consignes** claires et précises, je trouve que ça aide encore plus. Donc pour moi, c'est vraiment une bonne chef, qui est **accessible et gentille**. Pour moi c'est la **base** d'une équipe d'avoir une bonne chef.

E3L441-442 : « Je trouve que depuis qu'elle est revenue, tout le monde est **heureux** quoi ! »

2.2.2 Relations interpersonnelles

Lorsque les infirmiers de l'USI-2 parlent de leur équipe, ils évoquent une ambiance de qualité. Lorsqu'on les interroge sur ce qui contribue à leur bien-être au travail, c'est une des premières choses qu'ils abordent. Il y a beaucoup d'entraide dans l'équipe et c'est quelque chose qu'ils apprécient. Certains expliquent qu'ils restent dans l'hôpital pour l'équipe.

E5L15-17/22-24 : « Mais aussi la **qualité de l'ambiance** d'équipe, qui joue énormément, qui donne envie de **se lever le matin** et d'aller travailler, c'est ce qui me semble super important dans chaque métier (...) Un **respect mutuel**, avec l'équipe (...) Un climat **serein, calme**, de **l'humour** pas tout le temps dans le sérieux. »

E6L44-48 : « L'**affinité** avec les collègues (...) les affinités sont tout à fait variables mais, des personnes avec qui je travaille qui sont devenus des **amis**. Donc ça aussi ça **aide à venir travailler** même si quelques fois les situations sont excessivement tendues et difficiles, je sais que je le fais avec des personnes que j'**apprécie** et ça c'est **gai** aussi. »

E12L252-255 : « Qu'est-ce qui est important ? L'**ambiance**... Parce qu'on a une chouette ambiance, et s'il n'y avait pas l'ambiance, je suis sûre qu'on n'allait pas tenir le coup... ça c'est très important dans une équipe. Et on a toujours **envie** de travailler... Quand on n'a pas une bonne ambiance dans le travail, dans l'**esprit** c'est déjà complètement différent ».

E12L265-266 : « L'équipe... L'ambiance dans l'équipe, l'**aide** qu'on a entre les autres. »

E3L122-130 : « Je pense que si je n'avais pas eu cette entente depuis 30 ans, je ne serais jamais **restée**... C'est un service où il y a toujours un très bon **noyau**. »

E3L139-141 : « Donc on est **unis**, on est... il y a une **cohésion**. »

Ils expliquent que leur bonne entente est entretenue par leurs rencontres fréquentes **en dehors du service** qui leur ont permis de **renforcer** leurs liens.

E5L314-315 : « Faire plus de sorties d'équipes extérieurs, des fêtes entre nous, car je trouve ça sympa. Ça **renforce les liens**. »

E6L52-55 : « Mais je pense que c'est parce qu'on vit des moments intenses et qu'on **cultive** ces bonnes relations, on l'**entretient** : on sort beaucoup ensemble, on va au restaurant (...) »

Quand ils parlent de leur équipe, certains évoquent la **différence générationnelle**. Ils sont assez positifs concernant ce sujet. D'autres parlent de la **multi culturalité** qui est enrichissante.

E5L71-76 : « On apprend beaucoup d'eux et eux apprennent beaucoup de nous je pense aussi. Je dirais que c'est **collégial**, on parle de tout et de rien, on rigole, ... il y a une petite ambiance quoi. Et je trouve que c'est bien le fait que ce soit 2 **générations** différentes. Au début ça peut faire peur (...) mais en fait ça nous permet de mieux apprendre et faire les choses mieux. Au final, maintenant quand je prends du recul, **c'est pas mal**. »

E3L126-129 : « Ici on a vraiment des personnes de chaque âge (...) on a un **mélange** de culture aussi, on a des espagnols, des congolais, on a un peu de tout. Ce qui ramène aussi beaucoup de choses, c'est **enrichissant**. »

Un infirmier évoque la **parité** homme-femme, disant que cela favorise l'ambiance (E4L83-84).

2.2.3 Formation et possibilité de développement

La chef accorde beaucoup d'importance à la formation (E11L556). Elle ne doit pas encourager l'équipe de jour à les suivre, mais l'équipe de nuit bien. Ils ne voient pas l'intérêt de faire une formation parce que selon eux, cela n'apporte rien (E11L571-572). L'avis de l'équipe de jour concernant les formations est très positif.

E5L222-224 : « Moi j'aime bien les formations, ça me permet d'avoir une **mise à jour**, et ça change de la routine du service. Le but c'est d'**apprendre**. La réanimation c'est ça, énormément, c'est pour ça que je travaille ici. »

E6L383-384 : « Oui c'est **important**. Les formations c'est ce qui vous montre « d'où vient le vent et comment il tourne ».

E5L233-234 : « Ah moi ! j'ai toujours **aimé apprendre**, ça nous permet de nous sentir **utile** dans la société et moi j'aime bien servir et pour faire ça, il faut être instruit, simplement. »

Certains infirmiers sont les « référents » par rapport à certaines thématiques et ils apprécient cela parce qu'ils se sentent utiles et ont le sentiment de pouvoir apporter des solutions (E3L277/E4L133-134). Néanmoins, le problème des « **congs d'éducation payés** » est à nouveau abordé :

E6L354-362 : « *Ce qui est un peu **ennuyant** (...) c'est qu'on n'a pas de congés éducation. Mais ça n'a **aucun sens** ! On en a besoin quand on va à l'école et pas après. C'est **hallucinant**. Pendant qu'on fait notre formation on doit prendre des congés annuels pour pouvoir aller à l'école. Et quand vous avez fini, on vous donne des jours en plus, sauf qu'on en a plus besoin. »*

2.2.4 Modalités d'évaluation

Tous les 2 ans, les infirmiers de l'équipe ont leur « **bilan de compétences** » que leur chef voit comme une **discussion** (E11L450). Les infirmiers remplissent leur bilan, l'infirmière chef également et ils confrontent leurs résultats. L'infirmière chef fait des remarques à ce moment-là mais généralement les infirmiers ont déjà été mis au courant de façon **informelle**. Ce processus prend beaucoup de temps et est selon l'infirmière chef **répétitif** et **rébarbatif** (E11L471-476). Elle dit que ce n'est pas toujours bien vu de la part des infirmiers car cela va à la direction et qu'ils ont peur que ça les **défavorise** (E11L498). Elle ajoute que c'est également le moment pour les infirmiers de s'exprimer sur elle ou sur l'organisation (E11L519-520). La plupart des infirmiers interrogés sont positifs concernant les évaluations. Certains avancent qu'ils apprécient entendre les points sur lesquels ils peuvent s'**améliorer** mais également ce qu'ils font bien. Cela permet de revoir leurs **objectifs**. Certains avancent que cela se fait plus souvent de façon informelle.

E5L246-249 : « *Ça permet de **discuter** et d'**évaluer** dans le bon sens, je trouve que c'est super important de se faire évaluer parce que parfois on peut se mettre dans une routine sans s'en rendre compte. Avoir un **regard extérieur** permet de pointer certaines choses, dans le but de mieux faire évidemment. »*

E6L432-439 : « *Oui, il faut en faire (...) Parce que ça permet à chacun de savoir où il se situe. Et c'est important. En plus, c'est un moment où de manière plus personnelle, la chef recadre. Mais pas de manière péjorative. Elle rappelle les **objectifs**. Ce qui permet de se sentir à nouveau dans une **team**. »*

E4L183-185 : « *Ça m'a permis d'améliorer certaines choses. On a toujours besoin de **critiques** par rapport à nos **défauts** pour améliorer les choses. Mais on aime aussi bien entendre « bravo » pour un truc qu'on a fait bien. »*

E12L241 : « *Non parce que s'il y a un point négatif, la chef vient me le dire. »*

E6L426-427 : « *Mais en fait, tout ce qu'on pourrait se dire dans une évaluation, on se le dit comme ça, **sans avoir le côté formel** de l'évaluation. »*

2.2.5 Communication, organisation et prise de décision

Dans l'USI-2, la communication se fait principalement de manière **orale**. L'équipe a un **cahier de communication** dans le service, qui sert de relais entre la chef et l'équipe. Dans ce cahier, un responsable est nommé par jour, pour prendre le rôle de la chef lorsqu'elle est absente ou pour l'épauler. Les tâches du responsable sont celles que réaliseraient l'aide logistique s'il y en avait une. Un membre de l'équipe avance que ce poste de responsable est souvent confié aux plus anciens et que c'est assez **énergivore** (E6L242). Cet outil permet aussi de faire passer des **informations**, comme un problème avec un patient ou avec l'inventaire. Parfois, la chef note certaines informations au **tableau** affiché dans leur service, pour que personne ne les manque.

Une fois par trimestre, une **réunion d'équipe** obligatoire a lieu. Durant cette réunion, un ordre du jour est abordé, qui concerne généralement du nouveau matériel qui est présenté par la firme concernée, ou un sujet que l'équipe souhaite aborder. Ensuite, un tour de table a lieu, où chacun a la possibilité de s'exprimer. La chef insiste sur le caractère obligatoire de ces réunions et sur la participation de chacun. Elle spécifie que les veilleurs ne sont pas toujours présents, malgré que certaines réunions aient été agencées de façon à convenir à leurs horaires.

E11L222-224 : « *Oui parce qu'il y a des choses qui ne fonctionnent pas toujours bien et donc il faut que chacun y soit et que chacun puisse **émettre son avis, ses idées**. C'est un **échange**. Donc je pense que c'est important que tout le monde soit là.* »

E11L209-212 : « *Je suis très **déçue** parce que régulièrement il y a des gens qui ne viennent pas. Donc, j'ai dû aller jusqu'à leur mettre une **absence injustifiée** à un moment donné pour les booster parce que, oui c'est **obligatoire**, à la 3^{ème} réunion j'ai dit « maintenant ça suffit quoi (...) C'est un peu triste d'aller jusque-là, mais parfois il n'y a pas d'autres moyens.* »

Les membres de l'équipe apprécient ces réunions. Ils ont le sentiment de pouvoir exprimer leur opinion dans leur équipe. Ils pensent que c'est nécessaire pour être au courant des changements.

E12L148-150 : « *Ça nous fait voir les petits trucs qu'on ne fait pas bien et ou on doit être plus attentifs (...) si on a des soucis c'est là aussi qu'on va **discuter**.* »

E12L186 : « *Ici tout le monde a un mot à dire ! La chef demande l'**opinion** de tout le monde* »

E5L130-134 : « *On a tous nos mots à dire, on se sent bien (...) Enfin, moi je trouve que chacun a sa place. On se respecte même si on n'est pas d'accord, on respecte le temps de*

*parole et ce que chacun a à dire et ce qui est bien c'est qu'à la fin on fait un tour de table pour que chacun puisse s'exprimer sur les **améliorations** qui pourraient être apportées. »*

E3L115-117 : « Oui, c'est vraiment nécessaire de faire ça (...) c'est important d'être là ! »

*E6L122-133 : « Elles sont **nécessaires** et ont du **sens**. Ça permet de se rencontrer avec des gens qu'on voit peu (...) et pas juste voir ce qui fonctionne ou pas dans l'équipe. Et aussi un **échange** de points de vue. Qui peuvent parfois être assez secs, mais on a tous des caractères bien trempés, mais c'est nécessaire, ça permet de **crever des abcès**. C'est un lieu de parole et pour **aplanir** les choses, et pour ça il faut en parler et je pense que c'est plus qu'**utile** et ça nous remet dans notre cadre, nous **remotive**, nous remontre qu'est-ce qu'on fait là, pourquoi, vers quoi on va, nos **objectifs**. »*

La chef explique que selon elle, l'**organisation** du service est en élément qui favorise le bien-être. Elle donne l'exemple de la « check-list », mise en place pour ranger correctement les chambres des patients après avoir travaillé dedans.

*E11L144-148 : « Et donc, c'est surtout que chacun fasse son travail **en temps et en heure** et ne traîne pas, ne pas **cumuler** le travail, dire « il n'y a pas beaucoup aujourd'hui », oui, mais non, faites-le et puis on peut se reposer, pas de soucis mais comme ça vous ne donnez pas le travail aux autres qui ne vont pas être contents. Ça crée des tensions inutiles. »*

*E11L138-139 : « Quand il y a une bonne organisation, je on est **moins sous tension**. »*

Lorsqu'une **décision** urgente doit être prise la chef en informe tous les membres de l'équipe oralement, lors des rapports ou lors d'échanges informels et elle met une note au tableau. Si ce n'est pas urgent, elle s'en charge aux réunions (E11L356-366). Lorsqu'elle doit communiquer avec une personne spécifiquement, elle s'**adapte** à son interlocuteur :

*E11L592-597 : « Mais, ça **dépend de la personnalité** de chacun et c'est pour ça qu'il faut adapter son discours en fonction de la personne que vous avez devant vous. Et quand vous faites une remarque, vous ne la faites **pas de la même façon** à A ou B hein. Parce qu'il y en a qui vont bien le prendre, d'une certaine manière. Et d'autres, si vous n'êtes pas plus directif, ils ne le feront pas. Et donc ça dépend vraiment. »*

La chef explique qu'il est **difficile** de communiquer avec les veilleurs (infirmier(e)s qui font la nuit). En effet, ils assistent peu aux réunions de service et aux formations, ils ouvrent peu le cahier de communication et sont en décalage par rapport aux habitudes du service.

Selon elle, c'est un **problème** (E11L366-370). Enfin, comme dans l'USI-1, les membres de l'équipe apprécient l'**autonomie** qu'ils ont dans leur travail et la **réflexion** qu'ils doivent mener.

E12L91-92 : « **Bien** parce que je sens que je ne suis pas quelqu'un qui est là **juste pour obéir** aux médecins. Voilà on est là pour **réfléchir**, pour être là pour le patient. »

E4L21-24 : « À l'étage, l'ordre des médecins est inscrit quelque part et tu le fais, c'est tout. Mais ici c'est différent, ce n'est pas pareil, il y a une **réflexion** et une **décision en équipe**. »

2.2.6 Charge de travail et restriction budgétaire

Comme dit précédemment, l'USI-2 ne compte pas d'aide logistique et cela engendre une charge de travail supplémentaire pour tout le monde. Le personnel avance que cet élément influence leur satisfaction au travail. Quand on leur demande ce qui pourrait améliorer leur quotidien, ils évoquent le fait d'avoir des **effectifs** supplémentaires, ou du moins une **aide-soignante** ou une **aide logistique**, avec une préférence pour l'aide-soignante.

E5L306-308 : *Le personnel, dans le sens où on est un peu en **manque de personnel** (...) Et ajouter dans l'équipe une **aide logistique**. Donc, quelque chose qui nous permet d'être encore **plus à l'aise** dans notre travail et faire de bons soins, sans être **surmenés**. »*

E12L333 : « Oui parce qu'une aide-soignante peut faire plus de choses qu'une aide-logistique. L'aide-soignante peut faire des toilettes, l'aide-logistique pas. »

En effet, ils avancent que la charge de travail est trop élevée par rapport au nombre d'infirmiers dans l'équipe. Chaque matin, l'équipe compte 3 infirmiers et la chef pour 8 lits. L'après-midi, ils sont parfois seulement deux infirmiers pour 7 patients. Pour pallier cela, l'infirmière chef aimerait mettre en place l'outil « **NAS** » (Nursing Activities Score), permettrait d'évaluer de manière représentative la charge de travail aux soins intensifs.

E11L789-793 : « Car lorsqu'on regarde mon nombre de patient, je peux en avoir 5 mais ma charge de travail est **très élevée**. Je peux en avoir 8 et ma charge de travail n'est pas élevée. La direction regarde le taux d'occupation et pas la charge de travail. Et je demande depuis 2 ans d'introduire cet outil, mais ... **ça traîne**. »

À cause de cette charge de travail, l'équipe doit faire appel à des intérimaires qui connaissent peu le service. Cette situation est **inconfortable** pour eux (E11L258/261-262), et ils ne considèrent pas cela comme une **aide** (E4L160-164). Outre cela, le personnel aborde également les soucis qu'ils ont par rapport à la pharmacie.

Il n'y en a pas sur leur site et le réapprovisionnement des médicaments ne se fait pas toujours à temps. Cela leur fait **perdre** beaucoup de **temps** et est très **inconfortable** (E11L256-258).

Enfin, les restrictions budgétaires récentes ont entraîné la **suppression d'avantages** comme les éco-chèques, sans que personne ne soit prévenu, alors que des infirmiers **comptaient** dessus (E11L743-745). La soupe de 10 heures a également été supprimée, qui, selon un membre de l'équipe, était une petite chose qui faisait **plaisir** aux infirmiers (E11L760-766).

2.2.7 *Horaire et équilibre vie privée - professionnelle*

Certains membres de l'USI-B avancent que faire une **séparation** entre leur vie professionnelle et leur vie privée est un élément **important** pour eux (E5L104-105). Ils apprécient avoir un temps de travail partiel, qui leur permet de pouvoir passer du temps avec leur famille et de se sentir bien dans leur travail. L'horaire de weekend de 7H15-11H15 pose problème car entraîne une source de travail supplémentaire pour ceux qui travaillent de 7 à 13H15 (E11L731-732).

E5L288-292 : « Très bien encore plus depuis que j'ai **diminué mon temps de travail** (...) Donc là je suis revenue à 60%, et **je me sens très bien**. D'un côté j'ai le côté travail où j'apprends, j'évolue et j'ai mon côté privé avec ma fille. Voilà pour moi c'est top. Pour moi le **temps plein c'était beaucoup en tout cas**. »

2.2.8 *Soins au patient et amour du métier*

Lorsqu'ils abordent les motivations qui les ont poussés à faire ce métier, les infirmiers de l'USI-2 abordent le rapport à l'autre, les soins prodigués au patient. Pour eux, c'est important d'avoir suffisamment de ressources pour pouvoir soigner le patient correctement :

E7L25-26 : « Avoir toutes les cartes en main pour apporter une **qualité de soin** aux patients et pour la famille (le matériel, l'architecture, ... tout). »

E6L29 : « Ça **donne du sens**, c'est ce qui me permet de me **lever le matin**. »

Ils disent également se sentir bien dans leur travail tout simplement parce qu'ils **aiment** ce qu'ils font. Certains apprécient l'**adrénaline** (E12L34), d'autres la **réflexion** multidisciplinaire (E4L22) ou la complexité des cas (E12L46-48), puis l'**efficacité** des soins qu'ils donnent et le fait qu'ils **sauvent des vies** (E4L17-18).

E6L217 : « J'aime ce que je fais, je comprends pourquoi je le fais, je sais pourquoi je le fais. »

3. Discussion

Dans cette partie, nous comparerons les différents éléments abordés dans chacune des deux équipes pour ensuite les confronter aux constats théoriques établis dans la première partie de ce travail. Par la suite, nous évoquerons les recommandations, les limites et les forces de cette étude.

3.1 Comparaison entre les deux services

3.1.1 *Le Leadership*

Dans chacune des équipes interrogées, les leaders tiennent un rôle très important dans la création et le maintien du bien-être des infirmiers, tant au niveau personnel, relationnel qu'organisationnel.

Au niveau de leur personnalité, les infirmiers de l'équipe apprécient leur ouverture, leur qualité d'écoute et leur disponibilité. Le fait qu'ils n'imposent pas de barrière hiérarchique favorise leurs relations avec leur équipe. L'ouverture est une des qualités reprise dans le « Big Five », car elle facilite le travail d'équipe (Forsyth, 2010), ce qui semble être le cas ici avec les leaders.

Concernant le style de leadership qu'ils adoptent, la chef de l'USI-2 se rapproche d'avantage d'un leadership transformationnel, dans le sens où elle est attentive à son équipe ainsi qu'au renforcement positif, au développement de chacun, à la communication et à la gestion des conflits (Thompson, 2012). Le leadership transformationnel est d'ailleurs plus courant chez les femmes (Forsyth, 2010, p.277). Le chef de l'USI-1 a plus de difficulté à communiquer en général et à mettre en avant ce qui fonctionne bien, et accorde plus d'importance à la réalisation du travail qu'à la gestion des conflits. Cependant, bien qu'il exerce peut-être moins un soutien émotionnel, il est attentif à veiller à ce que les infirmiers aient ce qu'il leur faut au niveau instrumental, notamment concernant le nombre d'effectif et le matériel adéquat, ce qui motive son personnel. Bien qu'il communique moins, il veille à donner des responsabilités à chacun et à ce qu'ils puissent agir de façon autonome et se sentir considérés. Il se rapproche davantage du profil du leader authentique.

Les deux leaders entretiennent de bonnes relations avec leurs équipes, dans un climat de confiance et de respect. La plupart des infirmiers les considèrent comme leurs amis, la chef de l'USI-2 étant même considérée comme la maman de l'équipe.

Cette entente de qualité favorise le bien-être social de membres de l'équipe. Ces relations de bonne qualité encouragent également la communication entre les chefs et leur équipe, surtout dans l'USI-2. Cela nous renvoie aux propos avancés dans la théorie de l'échange entre le leader et le subordonné.

Concernant l'organisation, les deux leaders participent aux soins, ce qui est apprécié par les membres de leur équipe, car cela leur donne de la crédibilité et montre leur engagement. Nous pouvons supposer que cette aide instrumentale augmente le bien-être social des infirmiers. Cependant, cette participation aux soins diminue le temps qu'ils peuvent consacrer à leur travail administratif et les amène à faire des heures supplémentaires, ce qui peut parfois être plus pesant pour eux. Dans l'USI 2, la chef fait également face à un travail supplémentaire dû à l'absence d'une aide-logistique. L'importance de cette participation du leader n'avait pas été identifiée dans notre première partie.

Toujours au niveau organisationnel, les deux leaders veillent à ce que le travail soit réparti équitablement entre les travailleurs, selon leurs besoins et leurs desiderata, surtout dans l'USI-1. Cela renvoie à la notion de traitement équitable évoqué dans le climat de travail positif que crée le leader authentique (Blake et al., 2012) et au leadership juste et coopératif cité dans les 12 facteurs d'Utraiainen (Sznalwar & Uchida, 2004). Cette attention envers les employés renvoie également à l'échelle de mesure du bien-être de Parker et Hyett (Parker & Hyett, 2011). C'est un élément que les infirmiers de l'équipe apprécient.

Suite à ces constats, nous pouvons affirmer ce que nous avons évoqué dans la première partie : l'impact du leader sur le bien-être des infirmiers est considérable et ce dans chacune des deux équipes et cela à travers différents mécanismes qui touchent aux 3 sortes de facteurs que nous avons identifiés.

3.1.2 Relations interpersonnelles

Les relations entretenues entre les membres des deux équipes sont de très bonne qualité. Ils disent tous avoir une bonne ambiance d'équipe, dans laquelle ils se font confiance et se respectent, ce qui, comme nous l'avons vu favorise le bien-être social. Ils disent également s'entraider dans les soins et pour s'échanger leurs horaires, ce qui favorise leur support social, surtout au niveau instrumental. Ce soutien qui s'opère entre les membres de l'équipe réfère également au modèle de Kanter ainsi aux facteurs 3 et 4 évoqués par Utraiainen (Spence

Laschinger et al., 2014; K. Utriainen et al., 2015). Il permet aux travailleurs de trouver un sens à leur travail et favorise leur satisfaction.

Ils se qualifient également d'équipe cohésive. Dans l'USI-1, les infirmiers avancent que cette cohésion est favorisée par le chef, qui sélectionne les infirmiers selon leur personnalité lors du recrutement. Ces traits de personnalité qui favorisent les relations renvoient à nouveau à la théorie des 5 facteurs, notamment par l'extraversion, la convivialité et l'ouverture de chacun des membres de l'équipe. Dans l'USI-2, ils expliquent cette cohésion par le rôle de la chef qui cadre bien le travail, ce qui diminue les tensions. Les deux équipes se rencontrent en dehors du contexte du travail et dans l'USI-2, les infirmiers ont déclaré que ces rencontres informelles entretenaient leurs relations. Dans l'USI-1, les pauses sont des éléments de l'organisation qui favorisent le développement de leur dynamique de groupe. Utriainen avait pointé l'importance de ces relations informelles entre infirmiers (K. Utriainen et al., 2015). Tous ces éléments favorisent également la proximité entre les membres de l'équipe, ce qui va favoriser la cohésion du groupe (Forsyth, 2010).

Dans la première partie de ce travail, nous avons également vu que le processus interpersonnel était facilité par la gestion des conflits, la construction de la motivation et de la confiance ainsi que la gestion des émotions des membres de l'équipe (Forsyth, 2010). À l'USI-2, les différends entre les membres de l'équipe sont gérés par la chef. À l'USI-1, ces conflits sont réglés d'eux même tant qu'ils ne perturbent pas le travail, grâce aux fortes personnalités de l'équipe. Dans les deux unités, les membres semblent être motivés dans leur travail et avoir confiance en leur équipe et leur chef. La gestion des émotions a l'air de davantage s'opérer dans l'USI-2, grâce à l'attention particulière de la chef aux besoins des membres de son équipe et à la communication qu'elle entretient avec eux.

D'autres éléments influençant la relation entre les membres de l'équipe ont été évoqués, comme les différences générationnelles dans les deux équipes, la multi-culturalité et la parité homme-femme dans l'USI-2. L'intensité du secteur des soins intensifs a également été évoquée dans les deux équipes comme un élément qui resserrait leurs liens. Ces éléments n'avaient pas été identifiés dans la première partie.

Tous les infirmiers interrogés ont évoqué l'influence positive de ces relations dans la façon dont ils se sentent dans leur travail. Il s'avère que pour certains, c'est un des éléments qui les

« retiennent » dans leur service, ce qui renvoie à la notion d'engagement qui favorise leur bien-être subjectif (Fisher, 2014) et psychologique (Morin & Forest, 2007). Il semblerait également que ces relations interpersonnelles influencent le bien-être social des membres de l'USI-1 et 2 car ils vivent ces relations comme des expériences positives qui leur font se sentir bien dans leur environnement de travail et diminue leur stress. Nous remarquons à nouveau que le leader joue un rôle important dans la création et maintien de la qualité de ces relations.

3.1.3 Facteurs personnels

Des éléments de la personnalité de chacun ont été évoqués dans les deux équipes, surtout par rapport au caractère plus franc et « trempé » de certains membres. Pour la plupart d'entre eux, ces traits de personnalité favorisent la communication et empêchent des « non-dit » qui pourraient être générateurs de conflits. Cependant, ce franc-parler peut poser problème dans certaines situations, ce qui a été le cas dans l'USI-1 lors de leur dernière réunion d'équipe. Dès lors, nous pourrions supposer que le fait d'être honnête envers ses collègues de travail est un facteur favorisant la communication et donc le bien-être tout en veillant à ce que cette franchise demeure professionnelle, bienveillante et constructive.

D'autres infirmiers avancent que leur tendance à relativiser les choses et à se montrer optimiste favorise la façon dont ils se sentent au travail. Cette attitude par rapport au travail favorise donc leur bien-être subjectif. Cet élément renvoie aux stratégies d'adaptation personnelles que Hayes avait évoqué dans les facteurs intra-personnels (Hayes et al., 2010).

3.1.4 Formation et possibilité de développement

Dans les deux équipes, la possibilité de formation est très importante pour les infirmiers. En effet, avoir la possibilité d'évoluer, de rester à jour et d'apprendre de nouvelles choses est capital pour les membres des deux services. Ils prétendent que cette mise à jour est impérative dans le secteur des soins intensifs. Nous pouvons remarquer que les formations en question sont internes et concernent un domaine des soins spécifiques. Elles permettent aux infirmiers de se perfectionner ou de se spécialiser mais ne permettent pas l'accès à un poste en particulier. Grâce à certaines formations, des infirmiers se voient accorder le titre de « référent » lorsqu'ils se forment sur un sujet en particulier (les plaies, le don d'organe, les respirateurs, ...) et les autres infirmiers se tournent vers eux lorsqu'ils ont une question sur le sujet concerné. Ils apprécient d'être considérés comme une référence en la matière, cela leur donne le sentiment

d'être utiles. Ces éléments nous renvoient au modèle de Kanter et à l'accès à des possibilités de développement et d'apprentissage qui favorise la satisfaction au travail (Spence Laschinger et al., 2014). Utriainen avait également mentionné l'opportunité de se développer dans les 12 facteurs influençant le bien-être (K. Utriainen et al., 2015)

Cette pratique est valorisée et encouragée par les leaders de chacune des unités. Le chef de l'USI-1 cible les formations qui pourraient plaire aux membres de son équipe. Cette considération du leader face au besoin de l'employé de se développer se retrouve dans les missions du leader transformationnel (Bass & Avolio, 1994; Fischer, 2016; Thompson, 2012) et du leader authentique à travers le climat de travail (Brunet & Savoie, 1999). Néanmoins, la chef de l'USI-2 éprouve des difficultés à valoriser les formations auprès de l'équipe de nuit, car ils se sentent moins concernés. Cela s'explique probablement par le fait qu'elle les côtoie moins souvent et peut moins valoriser ce processus à leurs yeux. Malgré cela, la possibilité de se former est généralement appréciée et vue comme une nécessité dans les deux services.

Cependant, un souci demeure dans les deux unités concernant l'attribution des congés de formations payés pour les formations externes à l'hôpital. Lors de leur recrutement, les infirmiers réalisant une formation universitaire avaient eu l'information qu'ils auraient accès à ces congés. Cependant, en ne leur y accordant pas accès tout de suite, la direction rompt le contrat psychologique, c'est-à-dire l'accord tacite qui a lieu entre le nouveau venu et l'institution. Ce contrat concerne les attentes de chacune des parties envers l'autre. Le respect de ce contrat favorise le lien entre l'individu et son institution (Taskin & Dietrich, 2016, p.201). Les infirmiers concernés trouvent que ce système n'a pas de sens et qu'ils ont dû réellement batailler pour obtenir ce qu'ils voulaient, alors que cela aurait moins posé de problèmes dans d'autres hôpitaux. Pour certains, ils avancent que s'ils avaient eu connaissance de cela plus tôt, cela aurait pu remettre en question leur travail dans cet établissement. On peut donc supposer que cet épisode met en péril le respect du contrat psychologique. Ces difficultés à accorder ces congés payés pour la formation s'explique probablement par le fait que l'hôpital est soumis à des restrictions budgétaires. Selon ce qui est ressorti des entretiens et dans les limites de ce présent travail, il semblerait que la difficulté à obtenir ces congés exerce un impact important sur l'attractivité de l'institution et sur l'engagement de l'individu dans cette institution. De plus, comme l'ont suggéré Taskin et Dietrich, pour que la formation soit génératrice de reconnaissance, il est important qu'elle soit correctement mise en œuvre et considérée.

Or, ces difficultés semblent constituer un obstacle à la réalisation des formations externes (Taskin & Dietrich, 2016)

3.1.5 Modalités d'évaluation

Une évaluation du personnel est prévue dans les deux unités, à des fréquences et de façons différentes. Les documents relatifs à cette évaluation sont prévus par le DRH. Cependant, dans les deux unités, ces évaluations ne se font pas toujours de façon formelle pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les remarques concernant le travail des infirmiers se font le plus souvent de façon informelle, les chefs n'attendant pas de rencontres formelles pour le faire et la qualité des relations le permettant. Ensuite, les évaluations prenant beaucoup de temps, il est difficile de les organiser à fréquence régulière vu la charge de travail. L'avis des infirmiers concernant ces évaluations divergent selon les infirmiers.

Dans l'USI-1, certains pensent que cette démarche n'est pas nécessaire car la communication se fait de façon informelle, grâce aux relations de qualité et au franc-parler de chacun. Elle devrait se faire de façon formelle uniquement lorsque des problèmes font surface. Or, selon eux, ce procédé a lieu parce que la direction le souhaite. Le processus n'est donc pas spécialement valorisé et est plus vu comme un contrôle. Cependant, certains avancent que cela leur permet de communiquer plus facilement avec le chef. De plus, ils évoquent l'occasion de pouvoir s'exprimer sur la façon dont ils se sentent dans leur travail.

Dans l'USI-2, l'évaluation est réellement perçue comme une opportunité de discuter avec le chef, de s'exprimer et de revoir les objectifs de chacun. Cependant, le bilan de compétences en lui-même est vu comme un procédé répétitif et rébarbatif.

Dès lors, l'avis des infirmiers concernant l'évaluation est relativement positif lorsque ce procédé est vu comme une opportunité pour rencontrer son leader et pour s'exprimer par rapport à l'organisation du travail. C'est également un moyen pour l'infirmier de se sentir reconnu dans son travail et de s'améliorer. Ces constats correspondent à ce qui avait émergé dans notre Chapitre 3. Néanmoins, il semble nécessaire de valoriser les bienfaits de l'évaluation de façon à ce qu'elle soit moins assimilée à un procédé formel, répétitif et rébarbatif dont le but est de « contrôler » mais plutôt comme une opportunité de se rencontrer, de s'exprimer et de s'améliorer, afin de valoriser la reconnaissance et le bien-être de chacun. Pour ce faire, il serait peut-être nécessaire de revoir le déroulement des évaluations selon les besoins de chacun.

3.1.6 Communication, organisation et prise de décision

Tout d'abord, concernant la communication, tous les infirmiers avaient le sentiment de pouvoir s'exprimer dans leur équipe et c'est quelque chose qu'ils apprécient.

Dans l'USI-1, la communication se fait davantage de façon orale et surtout de façon informelle, vu les caractères « francs » et la confiance qui règne entre les membres de l'équipe. Ils évoquent cependant la difficulté qu'a parfois le chef à communiquer de façon adéquate. Un membre a également déclaré avoir des difficultés avec ce franc-parler lors de la dernière réunion. Un autre infirmier a également évoqué le manque de communication avec la direction concernant le déménagement.

L'USI-2 semble accorder une attention toute particulière à la communication, ce qui se remarque dans l'importance qu'ils accordent aux réunions d'équipe et à leur cahier de communication. Les réunions trimestrielles sont réellement appréciées et valorisées par l'équipe, car ils peuvent y exprimer leur avis, aplanir les choses s'il y a un conflit et redéfinir leurs objectifs, ce qui les motive. Nous avons vu dans la première partie que des qualités comme l'observation, l'écoute, la compréhension et l'adaptation à l'autre favorisaient la transmission d'information (Amado & Guittet, 2017). Il s'avère que ce sont des qualités qui ont été attribuées à la chef de l'USI-2, ce qui pourrait expliquer pourquoi la communication se passe si bien. De plus, l'équipe de l'USI-2 est un plus petit groupe, ce qui peut également expliquer cette facilité de communication et cette satisfaction par rapport au groupe (Amado & Guittet, 2017). Malgré cela, la communication reste difficile avec les veilleurs.

De plus, comme expliqué dans la théorie de l'échange entre le leader et le subordonné et la théorie de l'échange social, les bonnes relations entre les membres d'une équipe et avec leur leader facilitent l'échange d'informations (Yvonne Brunetto et al., 2011; Shore et al., 2009). Nous pouvons dès lors suggérer que la qualité des relations dans les deux équipes facilite la communication entre les infirmiers. La difficulté de communication avec les veilleurs s'explique probablement par le fait qu'ils côtoient peu l'équipe, ce qui entrave le développement d'une relation de qualité.

Ensuite, en ce qui concerne la prise de décision, les infirmiers chefs veillent à ce qu'elle se déroule en concertation avec l'équipe dans les deux unités.

Ils tentent d'assurer une certaine latitude dans les décisions prises concernant les choix à faire au sein de l'équipe. Les infirmiers ont le sentiment qu'ils ont leur mot à dire lorsqu'une décision est prise et cela leur convient. Une infirmière de l'USI-1 a cependant expliqué que parfois les idées étaient entendues mais pas toujours mises en application parce que l'équipe a ses habitudes et qu'il était nécessaire de prouver la réelle plus-value d'un projet avant de le mettre en place. Si nous suivons les propos de Vandenberghe, nous pouvons suggérer que pour maintenir le bien-être de l'équipe, il convient de veiller à ce que chacun puisse laisser part à sa créativité et suggérer ses idées (Vandenberghe et al., 2009).

Outre cela, les infirmiers des deux équipes apprécient l'autonomie qui leur est accordée. Ils apprécient qu'on leur fasse confiance et de ne pas avoir à agir uniquement sous l'ordre des médecins. Ils aiment l'équilibre entre l'indépendance et l'interdépendance qu'il y a entre les membres de l'équipe. Ils disent cependant perdre beaucoup de temps lorsque leur travail est retardé par des oublis des médecins ou par des entités externes à l'équipe comme la pharmacie. Cette perte de temps les « use ». Les médecins et la pharmacie doivent fournir certaines ressources à l'équipe infirmière et lorsque ce n'est pas le cas, cela perturbe la réalisation de leur travail. Ils évoquent ces deux éléments lorsqu'ils parlent de ce qui améliorerait leur quotidien dans leur travail. Ces notions renvoient à l'accès aux ressources nécessaires à la réalisation du travail, évoquées dans le modèle de Kanter (Spence Laschinger et al., 2014) comme facteur qui influence la satisfaction des infirmiers au travail. Les membres des deux équipes soulignent également l'importance d'avoir accès à ces ressources pour mener des soins de façon optimale. Cela fait référence au 2^{ème} facteur d'Utraien « *des soins quotidiens menés correctement* » (K. Utraien et al., 2015). Selon les propos tenus dans les entretiens, il semblerait que dans l'USI-2, un manque de personnel constitue un défaut des ressources humaines nécessaires à la réalisation optimale du travail de l'équipe et au maintien de leur bien-être.

Un lien a également été établi entre l'organisation qu'adoptait le leader et le bien-être des infirmiers. En effet, dans les deux équipes, il a été déclaré qu'une organisation concrète et cadrée permettait la réalisation du travail en temps et en heure et diminuait les tensions, et favorisait donc le bien-être de chacun. Ce type d'organisation avait déjà été évoqué dans la première partie de ce travail, dans les 12 facteurs d'Utraien (K. Utraien et al., 2015).

3.1.7 Horaires et équilibre vie privée – vie professionnelle

Dans la première partie de ce travail, l'échelle de Parker et Hyett évoquait l'intrusion du travail dans la vie privée du personnel et l'attention accordées aux employés (Parker & Hyett, 2011). Il s'est avéré que l'équilibre entre le travail et la vie privée des soignants était un élément important pour eux. Ils ont besoin d'avoir une séparation claire entre le temps qu'ils passent au travail et le temps qu'ils passent avec leurs familles et leurs proches. Ils apprécient que leurs leaders soient attentifs à leurs desiderata pour pouvoir maintenir cet équilibre selon leurs besoins. Cette considération des chefs pour leur équipe renvoie au climat positif de travail à établir pour augmenter le bien-être des infirmiers dans le leadership authentique (Brunet & Savoie, 1999).

Au niveau des horaires, l'horaire du weekend de l'USI-2 pose problème. En effet, l'unité a un infirmier qui travaille de 7h15 à 11H15 et deux infirmiers de 7 à 13H15. Dès lors, lorsque l'infirmier travaillant de 7h15 à 11h15 termine son shift, les infirmiers qui restent se trouvent avec une charge de travail supplémentaire. La chef de l'USI-2 explique qu'elle est en négociation avec la direction pour trouver un arrangement qui conviendrait mieux à son équipe.

3.1.8 Charge de travail et restriction budgétaire

La charge de travail est un élément qui perturbe fort la satisfaction des infirmiers, surtout dans l'USI-2. Cette charge de travail est expliquée par le départ de deux des membres de l'équipe en pension et par l'absence d'aide-logistique dans le service. L'équipe déclare avoir besoin de personnel en plus pour soulager leur charge de travail. De plus, ils expliquent que le nombre d'effectif est attribué selon l'occupation du service, qui n'est pourtant pas révélatrice de la charge réelle de travail. Ils évoquent également de grosses pertes de temps à cause de la pharmacie.

Dans l'USI 1, les membres de l'équipe évoquent la perte de temps occasionnée par le travail des médecins et la pharmacie.

Ces constatations concernent à nouveau l'accessibilité aux ressources nécessaires pour fournir un travail de qualité, abordée dans le modèle de Kanter (Spence Laschinger et al., 2014). Dans ce cas-ci, les ressources concernées sont les ressources humaines, le temps de travail, les médicaments et les prescriptions médicales.

Or, ces éléments sont indispensables à la réalisation du travail. Pour les infirmiers interrogés, réaliser un travail sans les ressources nécessaires n'a pas de sens et est épuisant. Cela impacte leur bien-être.

Outre cela, la suppression des éco-chèques et de la soupe dans l'USI-2 semble être générateur d'un sentiment de manque de reconnaissance au sein de l'équipe. Ces éléments permettaient aux infirmiers de se sentir considérés et ils n'y ont malheureusement plus accès.

3.1.9 Soins au patient et amour du métier

Tous les infirmiers ont mentionné le fait qu'il se sentaient bien dans leur travail car ils appréciaient leur métier. Certains l'apprécient pour le rapport au patient, d'autres pour l'adrénaline que le secteur des soins aigus leur procure, d'autres encore le côté « challengeant » ou intellectuel de leur travail. Ils apprécient lorsque le travail qu'ils exercent a un sens, ce qui nous renvoie à la notion de bien-être eudémoniste. Cela réfère également aux facteurs identifiés par Utriainen, lorsqu'il parle de réaliser un travail de qualité, porteur de sens et challengeant (K. Utriainen et al., 2015). La réalisation d'un travail qui leur plaît et qui a du sens a, semblerait-il, un impact sur le bien-être des infirmiers.

3.2 Recommandations

À travers ces recommandations, et comme le suggère Utriainen, nous nous concentrerons sur les facteurs favorisant la satisfaction et qui ont un effet positif sur le bien-être au travail de sorte à les renforcer plutôt que sur les facteurs qui génèrent l'insatisfaction.

De façon globale, tous les infirmiers interrogés se sentent satisfaits dans leur travail. Les principales sources de leur satisfaction résident dans leurs relations avec leur leader, avec les membres de leur équipe et dans l'appréciation qu'ils ont de leurs métiers. Pour réaliser ce dernier élément, ils doivent avoir accès aux ressources qui leur permettent d'y parvenir, qu'elles soient humaines ou matérielles. D'autres éléments contribuent à la façon dont ils se sentent dans leur métier, notamment via la reconnaissance qu'ils leur procurent :

- La participation à la prise de décision lors des réunions ou de façon informelle
- L'évaluation qui leur permet de s'exprimer, se sentir reconnu et de s'améliorer
- Les formations qui contribuent à la mise à jour de leurs connaissances
- Les horaires partiels et l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée

Il est difficile d'établir des recommandations par rapport à chaque dimension précisément, car elles sont toutes inter-reliées. Comme nous l'avons déjà remarqué, le bien-être des infirmiers est un sujet complexe aux multiples facettes et suite à cette analyse, nous pouvons remarquer que toutes ces facettes sont influencées les unes par les autres. Nous pouvons néanmoins mettre en évidence certains éléments :

- Lors du recrutement, le leader doit être attentif aux caractéristiques de la personne qu'il engage, de sorte à ce qu'elle corresponde à l'esprit de son équipe. Il est donc important que le leader ait sa place dans les modalités de recrutement.
- Le leadership qu'adopte l'infirmier(e) chef doit favoriser le bien-être des membres de son équipe, que cela soit en adoptant des méthodes du leadership transformationnel, en favorisant l'attention au personnel, leur développement et la gestion des conflits, ou authentique en créant un environnement de travail positif. Dans tous les cas, il devra veiller à la considération et à la satisfaction au travail de ses infirmiers dans sa façon d'organiser le travail.
- L'organisation du service devra favoriser les relations interpersonnelles, que cela soit à travers des rencontres formelles comme des réunions mais aussi favoriser des rencontres informelles comme des pauses ou des activités en dehors du cadre du travail. La qualité de ces relations participera à la facilitation de la communication interpersonnelle.
- La communication doit également être encouragée par des méthodes comme des réunions sur base régulière. Nous l'avons vu, cela est mis en place dans les deux unités de soins. Cela doit-être maintenu et encouragé.
- Le procédé d'évaluation doit être davantage valorisé pour son caractère constructif. Ces rencontres doivent se produire de manière régulière dans une optique d'encourager l'expression et l'amélioration qu'elles soient personnelles ou organisationnelles. Il est nécessaire de renforcer l'aspect humain de cette rencontre qui est trop souvent associée à un « contrôle » et à une charge administrative importante.
- La formation doit également être encouragée et valorisée. L'accès aux ressources nécessaires à la réalisation de ces formations doit être mise en vigueur.
- L'équipe devra avoir accès aux ressources nécessaires à la réalisation de leur travail, qu'elles soient humaines ou matérielles. Il s'agit donc dans le cas de ces deux services de prévoir suffisamment d'effectifs pour absorber la charge de travail existante. Ces ressources peuvent occasionner des coûts mais ces dépenses favorisent le bien-être des infirmiers et

par conséquent leurs performances et les soins qu'ils procurent à leurs patients. Dans cette optique, l'outil NAS proposé dans l'USI-2 pourrait constituer une solution.

Nous remarquons à travers ces recommandations l'importance du rôle du leader que cela soit à travers des dimensions personnelles, relationnelles ou organisationnelles. Nous constatons également l'importance de la considération du facteur humain et des relations interpersonnelles dans le groupe. Ces constats laissent suggérer qu'il est nécessaire de davantage se concentrer sur l'infirmier, sur ses besoins et sur les conditions qui favorisent son bien-être, notamment au niveau de ses relations et des ressources nécessaires à la réalisation de son travail.

3.3 Limites de l'étude

Comme tout projet de recherche, cette étude rencontre plusieurs limites. Tout d'abord, dans une étude qualitative comme celle-ci, l'objectif est de multiplier les points de vue, de sorte à pouvoir identifier des tendances générales mais également des nuances, pour ensuite objectiver tout cela de façon transversale. Cependant, notre recherche se limite à un certain échantillon, qui relate des expériences humaines et subjectives. La généralisation des résultats est donc relative étant restreinte au nombre de participants sélectionnés et à leur vécu.

Ensuite, une tendance à la désirabilité sociale fait que chaque personne interviewée désire se montrer sous son meilleur jour. Par conséquent, cela fait qu'ils orientent leur propos en fonction de ce qu'ils pensent que leur interlocuteur aimerait entendre. Enfin, comme les infirmiers évoquent leurs relations avec leurs supérieurs, bien que les données soient confidentielles, ils ont probablement des craintes par rapport aux répercussions que cela pourrait engendrer.

La façon dont le chercheur mène l'entretien peut également être générateur de biais. Malgré l'existence du guide d'entretien, le chercheur peut être amené à diriger ses questions selon les informations qu'il souhaite avoir et a tendance à rendre l'entretien trop directif. Étant donné qu'il a les objectifs de sa recherche à l'esprit, cela est difficilement évitable.

Outre cela, suite aux propos tenus par les répondants, nous pouvons remarquer qu'interroger la direction des soins infirmiers ainsi que les cadres intermédiaires des deux unités aurait permis une vision plus globale de la situation. Interroger un membre de l'équipe de nuit aurait également été intéressant. Ces suggestions peuvent contribuer à de futures recherches.

Durant l'étude, le guide d'entretien a été modifié et une question concernant le contexte actuel des soins infirmiers et le Mardi des blouses blanches a été ajoutée. Dès lors, la question n'a pas pu être posée à tous les répondants. Cependant, les quatre infirmiers qui ont répondu à la question ne mentionnaient que les éléments externes à leur institution, comme la reconnaissance salariale du métier ou la reconnaissance des études en soins infirmiers comme des études universitaires. Cela n'apportait pas de plus-value à notre recherche, étant donné que nous nous intéressions aux facteurs personnels, relationnels et organisationnels qui influençaient le bien-être. Cependant, les répondants ont mentionné à cette question la nécessité d'ajouter des effectifs à leur équipe de travail dans l'USI-2. C'est un élément qui avait déjà émergé dans les autres questions.

3.4 Forces de l'étude

De nombreuses recherches avaient déjà été menées dans le domaine du bien-être au travail dans le secteur des soins infirmiers. Cette étude a permis de comparer les constats faits dans la littérature dans un contexte réel, auprès d'infirmiers de la Région de Bruxelles-Capitale, ce qui n'avait pas encore été fait auparavant.

De plus, la comparaison de deux contextes différents au niveau de leur management et de leur organisation renforce la qualité de l'étude. En effet, cela a permis d'établir une tendance sur l'impact des facteurs personnels, relationnels et organisationnels sur le bien-être des infirmiers. L'impact de certains facteurs était flagrant dans les deux équipes, comme l'importance de la relation avec le leader et les collègues, tandis que d'autres ne concernaient seulement qu'un seul des deux services, comme l'importance d'avoir une aide logistique ou une aide-soignante dans l'équipe. Cette étude constitue donc un point de départ pour trouver une portée plus générale aux résultats.

Enfin, le domaine des soins de santé en Belgique fait face à de nombreuses restrictions budgétaires qui entraînent une dégradation des conditions de travail pour le personnel soignant. Le personnel disponible diminue et s'en suit une augmentation de la charge de travail, ce qui exerce un impact considérable sur le bien-être des infirmiers belges et sur la qualité des soins qu'ils procurent. Dès lors, vu le peu de financement qui est accordé au domaine de la santé et le caractère urgent de la situation, il convient de s'intéresser à des moyens internes, peu coûteux qui pourraient favoriser le bien-être des infirmiers, que cela soit à travers des facteurs

personnels, relationnels ou organisationnels. C'est ce que nous avons tenté de faire à travers cette étude.

Conclusion

Le bien-être des infirmiers est un sujet largement traité dans la littérature. De nombreuses études ont été réalisées sur les facteurs influençant ce bien-être dans le milieu hospitalier. Compte tenu de l'actualité concernant les soins infirmiers en Belgique, des restrictions budgétaires et de l'augmentation de la charge de travail qui perturbent le bien-être du personnel soignant (L'Avenir, 2019; Mathieu, 2019), il convient de s'intéresser aux éléments personnels, relationnels et organisationnels qui influencent ce bien-être, de façon à trouver des recommandations qui pourraient améliorer la situation. Dès lors, nous cherchions à répondre à la question suivante : « *Comment les dimensions personnelles, relationnelles et organisationnelles du travail influencent le bien-être des infirmiers à l'hôpital ?* »

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude sur le terrain par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 12 infirmiers répartis dans les services de soins intensifs de deux hôpitaux publics bruxellois.

Il s'avère que ces 3 types de facteurs influencent en effet le bien-être des infirmiers de différentes façons. Tout d'abord, l'existence de relations de qualité entre l'infirmier et son leader ainsi qu'avec les membres de son équipe est capitale. Le soutien émotionnel et instrumental entre ces personnes favorise le bien-être social de l'infirmier et lui permet de vivre des expériences positives dans le cadre de son travail. Ensuite, la considération de l'infirmier à travers des éléments de l'organisation comme l'évaluation, la possibilité de se former, la communication et l'implication dans la prise de décision est génératrice de reconnaissance pour l'infirmier et va influencer la façon dont il se sent au travail. Outre cela, le fait d'avoir accès à des ressources nécessaires à la réalisation de son travail permet à l'infirmier d'effectuer un travail qui a du sens et lui permet de s'y épanouir. Enfin, le leader tient une place capitale dans l'articulation de ces différentes composantes. En effet, il veille aux besoins de chacun, à favoriser les relations interpersonnelles, à organiser le travail de façon concrète et à créer l'environnement et les ressources nécessaires à la réalisation du travail de façon significative.

Cette étude nous a également permis d'identifier des facteurs favorisant le bien-être dont nous n'avons pas pris connaissance dans la partie théorique. L'âge, la culture et la parité homme/femme semblent être des éléments qui enrichissent les relations de l'équipe. Ces éléments se rattachent à la composante personnelle du travailleur qui influencerait ses relations. Il s'avère également que le contexte des soins intensifs où les infirmiers sont amenés à vivre des situations intenses fait que leurs liens sont assez forts.

Ayant réalisé ces constats, des recommandations principales concernant les éléments personnels, relationnels et organisationnels influençant le bien-être des infirmiers ont été identifiées. Dans les services où cette étude a été menée, nombreuses de ces recommandations étaient déjà mises en place. Celles-ci doivent être poursuivies et valorisées. Une attention particulière pourrait cependant être accordée à la régularité de procédés tels que l'évaluation et la formation du leader sur la communication avec son équipe.

Finalement, nous pouvons nous rendre compte que le bien-être des infirmiers est grandement influencé par des facteurs personnels, relationnels, et organisationnels dont il faut prendre conscience, de sorte à les exploiter pour favoriser la satisfaction du personnel soignant et la qualité des soins prodigués au patient. Il est important pour le leader d'articuler ces facteurs mais surtout de garder à l'esprit que le personnel infirmier est humain et ressent certains besoins. Dès lors, tout au long de la mise en place de ces recommandations qui constituent un cadre général favorable au bien-être, il est nécessaire de prendre en compte les sensibilités et les spécificités de chacun lorsque cela est possible.

Bibliographie

- Aamodt, M. G. (2010). *Industrial/organizational psychology : an applied approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Gestion 2000*, 35(6), 119-148. doi:10.3917/g2000.356.0119
- Aga, D. A., Noorderhaven, N., & Vallejo, B. (2016). Transformational leadership and project success: The mediating role of team-building. *International Journal of Project Management*, 34(5), 806-818. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2016.02.012>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 143-153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Amado, G., & Guittet, A. (2017). *Dynamique des communications dans les groupes* (Armand Colin ed.).
- Andolhe, R., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M., Costa, A. L., & Padilha, K. G. (2015). Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. *Rev Esc Enferm USP*, 49 Spec No, 58-64. doi:10.1590/s0080-623420150000700009
- Anthony, M. K., Standing, T. S., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M. R., . . . Dumpe, M. L. (2005). Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers. *J Nurs Adm*, 35(3), 146-155.
- Aubé, C., & Rousseau, V. (2009). Des équipes de travail efficaces. Ce qu'il faut faire et ne pas faire. *Gestion*, 34(2), 60-67. doi:10.3917/riges.342.0060
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Blake, N., Blayney, F., Loera, T., Rowlett, C., & Schmidt, D. (2012). A model of authentic leadership to support a healthy work environment. *AACN Adv Crit Care*, 23(4), 358-361. doi:10.1097/NCI.0b013e31826b4d1b
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS One*, 12(12), e0188418. doi:10.1371/journal.pone.0188418
- Brennan, E. J. (2017). Towards resilience and wellbeing in nurses. *Br J Nurs*, 26(1), 43-47. doi:10.12968/bjon.2017.26.1.43
- Brockner, J., & Wiesenfeld, B. M. (1996). An integrative framework for explaining reactions to decisions: interactive effects of outcomes and procedures. *Psychol Bull*, 120(2), 189-208.
- Brun, J.-P. (2008). La reconnaissance au travail. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 12, 26-26.
- Brun, J.-P. (2013). *La reconnaissance : des revendications collectives à l'estime de soi* (Sciences Humaines Éditions ed.).
- Brunet, L., & Savoie, A. (1999). *Le climat de travail : un levier de changement*. Outremont, Québec: Editions Logiques.
- Brunetto, Y., Farr-Wharton, R., & Shacklock, K. (2011). Supervisor-nurse relationships, teamwork, role ambiguity and well-being: Public versus private sector nurses. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49(2), 143-164. doi:10.1177/1038411111400161
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing,

- affective commitment and retention of North American nurses. *J Nurs Manag*, 21(6), 827-837. doi:10.1111/jonm.12111
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
- Diez, R., & Carton, P. (2013). De la reconnaissance à la motivation au travail. *L'Expansion Management Review*, 150(3), 104-112. doi:10.3917/emr.150.0104
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 72(11), 2644-2653. doi:10.1111/jan.13049
- Fisher, C. (2014). Conceptualizing and Measuring Wellbeing at Work. In C. L. Cooper (Ed.), *Wellbeing* (pp. 1-25).
- Forsyth, D. R. (2010). *Group dynamics* (5 ed.). Belmont, Calif.; United Kingdom: Wadsworth/Cengage Learning.
- Garcia, A. B., Rocha, F. L. R., Pissinati, P. S. C., Marziale, M. H. P., Camelo, S. H. H., & Haddad, M. (2017). The effects of organisational culture on nurses' perceptions of their work. *Br J Nurs*, 26(14), 806-812. doi:10.12968/bjon.2017.26.14.806
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: Setting the stage for great performances*. Boston: Harvard Business School Press.
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag*, 18(7), 804-814. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (2002). *Organizational behavior and management* (6th ed.). Boston, Mass.: McGraw-Hill.
- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation*. New York, NY: Basic Books.
- L'Avenir. (2019). Grève des hôpitaux X: directions et syndicats réclament un refinancement.
- Laschinger, H. K., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *J Nurs Adm*, 33(7-8), 410-422.
- Manojlovich, M., & Spence Laschinger, H. K. (2002). The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. *J Nurs Adm*, 32(11), 586-595.
- Martins, N., & Coetzee, M. (2007). Organisational culture, employee satisfaction, perceived leader emotional competency and personality type: An exploratory study in a South African engineering company. 2007, 5(2). doi:10.4102/sajhrm.v5i2.116
- Mathieu, B. (2019). Le blues des blouses blanches. *L'Echo*.
- Mayo, E., & Donham, W. B. (1945). *The Social problems of an industrial civilization : Elton Mayo*. Boston: Harvard University, Division of research, Graduate School of business administration.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Gellatly, I. R. (1990). Affective and continuance commitment to the organization: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 710-720. doi:10.1037/0021-9010.75.6.710
- Morin, E. M., & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36. doi:10.3917/riges.322.0031
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Dubin, R. (1974). Unit performance, situational factors, and employee attitudes in spatially separated work units. *Organizational Behavior and Human Performance*, 12(2), 231-248. doi:[https://doi.org/10.1016/0030-5073\(74\)90048-8](https://doi.org/10.1016/0030-5073(74)90048-8)

- Mueller, B. H., & Lee, J. (2002). Leader-Member Exchange and Organizational Communication Satisfaction in Multiple Contexts. *The Journal of Business Communication* (1973), 39(2), 220-244. doi:10.1177/002194360203900204
- Mullen, J. E., & Kelloway, E. K. (2009). Safety leadership: A longitudinal study of the effects of transformational leadership on safety outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(2), 253-272. doi:10.1348/096317908x325313
- Nelson, K., Boudrias, J.-S., Brunet, L., Morin, D., De Civita, M., Savoie, A., & Alderson, M. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1(2), 90-101. doi:<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.001>
- Oates, J. (2018). What keeps nurses happy? Implications for workforce well-being strategies. *Nurs Manag (Harrow)*, 25(1), 34-41. doi:10.7748/nm.2018.e1643
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Vos questions les plus fréquentes. Retrieved from <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions?fbclid=IwAR3ktZvEo27buRq8D2FM0uzFY4vlpPkClmrd1Fi1u598C8 - duB0cyKNOc>
- Parker, G. B., & Hyett, M. P. (2011). Measurement of well-being in the workplace: the development of the work well-being questionnaire. *J Nerv Ment Dis*, 199(6), 394-397. doi:10.1097/NMD.0b013e31821cd3b9
- Shore, L. M., Bommer, W. H., Rao, A. N., & Seo, J. (2009). Social and economic exchange in the employee-organization relationship: the moderating role of reciprocity awareness. *Journal of Managerial Psychology*, 24(8), 701-721. doi:10.1108/02683940910996752
- Spence Laschinger, H. K., Nosko, A., Wilk, P., & Finegan, J. (2014). Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: a time-lagged study. *Int J Nurs Stud*, 51(12), 1615-1623. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010
- SPF Emploi Travail et Concertation sociale. (n.d). Bien-être au travail.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative* (Saint Paul ed.). Suisse.
- Sznelwar, L., & Uchida, S. (2004). Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Production*, 14, 87-98.
- Taskin, L., & Dietrich, A. (2016). *Management humain: Pour une approche renouvelée de la GRH et du comportement organisationnel* (De Boeck Supérieur ed.).
- Thompson, J. (2012). Transformational leadership can improve workforce competencies. *Nurs Manag (Harrow)*, 18(10), 21-24. doi:10.7748/nm2012.03.18.10.21.c8958
- Utriainen, K., Ala-Mursula, L., & Kyngäs, H. (2015). Hospital nurses' wellbeing at work: a theoretical model. *J Nurs Manag*, 23(6), 736-743. doi:10.1111/jonm.12203
- Utriainen, K., Ala-Mursula, L., & Kyngäs, H. (2015). Hospital nurses' wellbeing at work: a theoretical model. 23(6), 736-743. doi:10.1111/jonm.12203
- Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1993). *Introduction au concept de motivation* (Editions Etudes Vivantes ed.). Laval.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Van heusden, D., Dilles, T., Van Rompaey, B., & Havens, D. S. (2016). Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study. *PLoS One*, 11(4), e0152654. doi:10.1371/journal.pone.0152654
- Vandenbergh, C., Stordeur, S., & d'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. [Examination of the Effects of Job

Decision Latitude, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction on Absenteeism in Nursing Units]. *Le travail humain*, 72(3), 209-228. doi:10.3917/th.723.0209

