UCLouvain

Faculté de santé publique

Le ressenti des infirmiers et des managers sur les stratégies de bien-être mises en place dans une institution hospitalière à Bruxelles.

Mémoire réalisé par BOZOK HATICE NOMA : 5072-18-00
KAVAK KADRIYE NOMA : 3075-18-00
Promoteur : GOBERT PATRICE

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

UCLouvain

Faculté de santé publique

Le ressenti des infirmiers et des managers sur les stratégies de bien-être mises en place dans une institution hospitalière à Bruxelles.

Mémoire réalisé par BOZOK HATICE NOMA : 5072-18-00
KAVAK KADRIYE NOMA : 3075-18-00
Promoteur : GOBERT PATRICE

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Nous tenons, tout d'abord, à remercier sincèrement notre promoteur, Monsieur Gobert Patrice pour son encadrement, ses encouragements, ses précieux conseils ainsi que sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Nous souhaitons, également, à adresser notre sincère gratitude à Monsieur Khadira Hassan pour son suivi et son aide pour la méthodologie de notre mémoire.

Nous désirons aussi remercier Madame Zabeau Héline pour ses nombreuses recommandations.

Nous aimerions également remercier Madame Altintas Perihan pour sa disponibilité et ses efforts de mise en page.

Nous remercions l'ensemble des soignants et des managers de nous avoir accordé leur temps afin de participer à nos entretiens. Et un tout grand merci à la direction de l'hôpital concernée d'avoir soutenu notre recherche.

Un grand merci également à nos familles, nos amis et nos collègues pour leurs soutiens et leurs encouragements tout au long de ce travail et durant ces années de master.

Le Plagiat

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre 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.

Nous déclarons 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.

INTRODUCTION 10
CADRE THEORIQUE 13
1. Le bien-être 13
1.1 Le bien-être en général 13
1.2 Le bien-être psychologique 16
1.3 Le bien-être au travail 17
1.4 Mesures du bien-être 20
2. Qualité de vie 22
2.1 Qualité de vie au travail (QVT) 23
2.2 Facteurs influençant la qualité de vie au travail 24
3. Les troubles psychologiques 26
3.1 Les risques psychosociaux (RPS) 26
3.2 Le stress 27
3.3 Le burn-out 29
4. Les niveaux de prévention 30
5. Les acteurs de prévention 30
6. Les stratégies pour favoriser le bien-être 34
6.1 Stratégies défensives : 34
6.1.1 Stratégies individuelles de défense recensées 35
6.1.2 Stratégies collectives de défense recensées 35
6.1.3 Le coping 36
6.2 La sophrologie 37
6.3 Les pauses massages 38
6.4 Soutien psychologique 39
6.5 Mindfulness 39
6.6 Le shiatsu 40
6.7 La musicothérapie 41
CADRE PRATIQUE 42
7. Méthodologie 42
7.1 Énoncé de la problématique 42
7.2 Objectifs de recherche 42
7.3 Questions de recherche 43
7.4 Choix du type d'étude 43
7.4.1 Sélection de l'institution 43
7.4.2 Lieu de l'étude 44

7.4.3 Type d'étude 44
7.4.4 Période de l'étude 45
7.5 Échantillonnage 45
7.5.1 Critères d'inclusion et d'exclusion : échantillon 1 = les soignants 45
7.5.2 Critères d'inclusion et d'exclusion : échantillon 2 = les managers 46
Critères d'inclusion 46
7.5.3 Stratégies d'échantillonnage 46
7.6 Méthode de recueil des données 47
7.6.1 Guides d'entretien 48
7.6.2 Déroulement des entretiens 48
7.7 Analyse des données 52
7.8 Considérations éthiques 52
8. Résultats 53
8.1 Echantillon 1 : les soignants 53
8.1.1 Qualité de vie au travail 54
8.1.2 Bien-être 56
8.1.3 Stress 59
8.1.4 Stratégies de bien-être 64
8.1.5 Accès et transmission des informations 69
8.1.6 Projets de bien-être 71
8.2 Echantillon 2 : les managers 74
8.2.1 Qualité de vie au travail 74
8.2.2 Bien-être 77
8.2.3 Stress 79
8.2.4 Stratégies de bien-être 84
8.2.5 Accès et transmission des informations 90
8.2.6 Projets de bien-être 92
9. Discussion 95
9.1 Discussion échantillon 1 : les soignants 95
9.1.1 Qualité de vie au travail 95
9.1.2 Bien -être 96
9.1.3 Stress 97
9.1.4 Stratégies de bien-être 99
9.1.5 Accès et transmission des informations 101
9.1.6 Projets de bien-être 101

9.2 Discussion Echantillon 2 : les managers 103
9.2.1 Qualité de vie au travail 103
9.2.2 Bien-être 104
9.2.3 Stress 105
9.2.4 Stratégies de bien-être 106
9.2.5 Accès et transmission des informations 107
9.2.6 Projets de bien-être 107
9.3 Discussion commune de nos deux échantillons 109
9.3.1 Qualité de vie 109
9.3.2 Bien-être 110
9.3.3 Stress 110
9.3.4 Stratégies de bien-être 111
9.3.5 Accès et transmission des informations 112
9.3.6 Projets de bien être 113
9.4 Tableau récapitulatif des stratégies existantes au sein de différentes institutions hospitalières à Bruxelles. 115
9.5 Limites de l'étude 119
9.6 Forces de l'étude 119
9.7 Recommandations 120
CONCLUSION 122
BIBLIOGRAPHIE 125
ANNEXES 136

« Il est bien connu que l'on est malade lorsque les conditions de vie sont hostiles et en bonne santé lorsqu'elles sont favorables ».

Hippocrate

INTRODUCTION

Introduction personnelle : Bozok Hatice

En tant qu'infirmière-professeur, ma recherche du sujet de mémoire s'est dirigée en premier lieu sur « le bien-être des étudiants et des enseignants durant la pandémie du Covid 19 ». Après avoir fait quelques recherches sur ce sujet-là, je me suis vite rendue compte que la littérature concernant ce sujet était assez pauvre.

En effet, il ne m'a pas été difficile de trouver des articles concernant le bien-être du personnel soignant mais non lié à la pandémie du Covid 19. Ensuite, en discutant avec mon binôme, elle a proposé qu'on garde la même problématique en se penchant plutôt vers les soignants et les managers. On a décidé de mener notre recherche hors période Covid. Compte tenu de ma pratique professionnelle en tant que maitre de formation pratique, lors de mes supervisions à l'hôpital et de mon expérience antérieure, j'ai souvent été en contact avec du personnel en souffrance. Parallèlement, au sein des relations que j'entretiens avec les étudiants ou même avec les infirmiers, il m'arrive de me retrouver dans des situations émotionnellement lourdes et intenses. Parmi les domaines investigués dans cette recherche, on retrouve souvent le secteur de la santé qui comprend les soignants des hôpitaux et des maisons de repos. En effet, ce secteur a souvent fait des recherches sur le bien-être et le stress des soignants. Les soignants sont exposés aux risques psychosociaux. Le but de ce travail est de comprendre le ressenti des soignants sur leur bien-être afin d'identifier si les stratégies existantes au sein de l'institution sont appropriées à leurs attentes.

Introduction personnelle : Kavak Kadriye

Etant infirmière-chef au sein d'une clinique bruxelloise et soucieuse de mon personnel, je souhaite m'intéresser au bien-être du personnel soignant qui vit habituellement une pression qui s'est malheureusement accentuée avec cette pandémie Covid 19. Nous savons que le personnel soignant est exposé à la souffrance quotidiennement. Plusieurs études montrent que celui-ci est particulièrement exposé à l'épuisement professionnel. Outre cela, les soignants peuvent sentir une fatigue excessive suite à une charge physique, mentale et également émotionnelle.

De plus, le sous-effectif intensifie la charge du travail et devient une source de stress pour les soignants. Je trouve que si un soignant vit un mal-être au travail, l'ambiance au sein du

service peut se détériorer et ainsi ramener les collègues à vivre une mauvaise ambiance sur le lieu du travail.
Pour cette raison, je souhaiterai savoir si une diversité de stratégies existent au sein de cette institution pour favoriser le bien-être des soignants et jusqu'où ceux-ci sont au courant. Je m'intéresse plutôt aux stratégies qui existent ou qui pourraient être mises en place par l'institution afin de contribuer au bien-être des soignants.

Introduction générale :

Le métier d'infirmier est un métier merveilleux qui demande aux soignants de s'impliquer émotionnellement et humainement. Les mauvaises conditions de travail les obligent hélas à subir des tensions. De plus, le manque de reconnaissance et le manque de personnel infirmier les mettent à rude épreuve.
De nos jours, les soignants revendiquent des moyens supplémentaires pour obtenir de meilleures conditions de travail, c'est pourquoi le personnel soignant se mobilise pour exprimer leur insatisfaction et leur colère. Effectivement, les soignants veulent le refinancement du secteur des soins de santé, entre autres la revalorisation du salaire « *Plus d'argent en poche concrètement pour toutes les personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé* » (Benoit Lambotte Secrétaire régional CSC services publics, RTBF, 2020).
De plus, les conditions de travail qui se dégradent sans cesse mettent le personnel soignant en difficulté et ces conditions les empêchent d'exercer leurs fonctions paisiblement. Les rôles principaux des soignants sont de prodiguer des soins de qualité et de soulager la souffrance des patients. De ce fait, la santé psychologique des soignants est un enjeu fondamental.
Jadis, le travail était associé à une connotation négative et le bien-être au travail n'existait guère. De nos jours, le travail est associé à un épanouissement personnel, à une satisfaction et surtout à un bien-être au travail. Malgré que ce concept de "bien-être au travail" soit une notion subjective, il mérite d'être pris en compte pour les soignants qui sont exposés à la souffrance (Pétiau, 2018).
D'ailleurs, selon l'enquête Conditions de travail/Risques psychosociaux 2016, le métier d'infirmier fait partie des métiers les moins favorables au bien-être psychologique. Loretta Bradley a décrit en 1969 le stress professionnel par les termes "burn-out". Ces symptômes sont essentiellement somatiques et psychiques et généralement la personne ne s'en rendra pas compte. Cette problématique requiert davantage la mise en œuvre de stratégies dans le milieu

hospitalier afin de limiter ou de prévenir les risques psychosociaux et de contribuer au bien-être des soignants.
De plus, les professionnels de la santé qui subissent des pressions sont plus sujets à vivre des problèmes psychologiques tels que la dépression, l'anxiété, etc. Ces réactions peuvent être en étroite relation avec la surcharge de travail et la prise en charge des patients vivants des moments difficiles. Ces conditions peuvent détériorer la santé psychologique des soignants. Ce qui est surtout insupportable pour les soignants, c'est de paraitre faible à l'égard de ses collègues et que cela impacte défavorablement leur carrière professionnelle (Castro, 2020). Depuis toujours, le bonheur a été associé au concept de bien-être qui renvoi à des valeurs humanistes. De nos jours, il est difficile pour les personnes d'estimer réellement l'épanouissement personnel et le bonheur. D'après Siquiera (2008), elles doivent faire face à des défis quotidiennement dans leur vie professionnelle et privée afin de protéger leur "*intégrité physique, émotionnelle et sociale*". La qualité de vie au travail occupe une place importante dans les organisations du fait que le mal-être au travail a un coût sur le plan financier, motivationnel et organisationnel (Emeriat, 2012).

La recherche qualitative qu'on réalisera au sein d'une clinique bruxelloise, nous permettra de confronter notre théorie, d'une part à un échantillon de soignants qui ont exprimé leur ressenti sur leur bien-être et d'autre part à un échantillon de managers qui prend en compte le bien-être de ceux-ci. Le fait d'interroger les soignants et les managers, nous a permis d'être complémentaire dans la réalisation de notre étude.
Notre cadre théorique sera enrichi par le vécu du bien-être des soignants et par les pratiques des professionnelles. En effet, la revue de la littérature nous permettra de démontrer l'efficacité des différentes stratégies sur le bien-être des soignants.
Après un développement du cadre théorique, nous vous présenterons notre méthodologie, nos analyses et les discussions de nos résultats pour répondre au mieux à notre question de recherche et à nos sous questions. Nous terminerons par les recommandations et une conclusion.

CADRE THEORIQUE

1. Le bien-être

Pour avoir une vue globale du bien-être, nous débuterons par décrire les différents éléments autour de celui-ci. Le bien-être en général, le bien-être psychologique et le bien-être au travail seront les trois points abordés dans cette partie.

1.1 Le bien-être en général

Ce mot bien-être est composé des termes “bien” et “être”. Ce concept est très subjectif et souvent associé au bonheur et au plaisir, c’est pour cela qu’il est essentiel de le définir afin de délimiter le sens de ce mot.

L’Organisation Mondiale de la Santé définit **la santé** comme : « *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, 2020). Cette définition de l’OMS met en exergue trois états de bien-être qui sont le physique, mental et social mais est cependant très peu développée.

Le Larousse nous propose une définition du **bien-être** comme : *« état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit : Éprouver une sensation de bien-être. Aisance matérielle qui permet une existence agréable »* (Larousse, 2020). Cette définition du bien-être prend également en considération la satisfaction des besoins qui induit un état agréable.

Dans cette recherche sur le bien-être, Manoukian (2009) a trouvé les indicateurs de bien-être des soignants qui sont sujets à supporter des pressions au travail. Les indicateurs essentiels de bien-être sont :

- *“Les affects positifs et le support émotionnel ou attachement*
- *Le soutien au travail*
- *L’intégration sociale*
- *L’assurance de sa valeur*
- *L’aide concrète*
- *La satisfaction du besoin d’affiliation”* (Manoukian, 2009).

En effet, Machado, Desrumaux &Van Droogenbroeck (2016) ont montré que si un individu est reconnu, intégré, soutenu et entouré au travail, il développera un sentiment d’affiliation qui est une composante capitale du bien-être.

C’est en 1943 que Maslow a fait connaître le concept de la *« hiérarchisation des besoins »* dans son article *« A Theory of Human Motivation* ». Maslow était intéressé à apprendre ce qui rend les gens heureux et les choses qu’ils font pour atteindre ce but. Cette hiérarchie propose que les besoins fondamentaux soient satisfaits pour atteindre cet objectif, en effet, ce sont tout d’abord les besoins prioritaires, comme le besoin de se nourrir qui doit être satisfait avant de passer à la satisfaction des autres besoins. Cette pyramide a cinq différents rangs qui comprend plusieurs besoins. Examinons de plus près les besoins de Maslow en commençant par le niveau le plus bas, connu sous le nom de besoins physiologiques :

- *« **Les besoins physiologiques** : survie, manger, boire, se vêtir, dormir, se reproduire, etc ;*
- ***Les besoins de sécurité (physique et psychologique)** : avoir un abri, des revenus et des ressources, avoir une stabilité familiale/affective, se protéger de la violence, protéger sa santé mentale/psychologique, etc ;*
- ***Les besoins d’appartenance** : aimer, être aimé, se sentir accepté faire partie intégrante d’un groupe, avoir un statut social, etc ;*
- ***Les besoins d’estime** : considération, réputation, reconnaissance, etc ;*
- ***Les besoins d’auto-accomplissement** : se réaliser, s’épanouir, exploiter et mettre en valeur son potentiel personnel, etc »* (Maslow A., 1943).

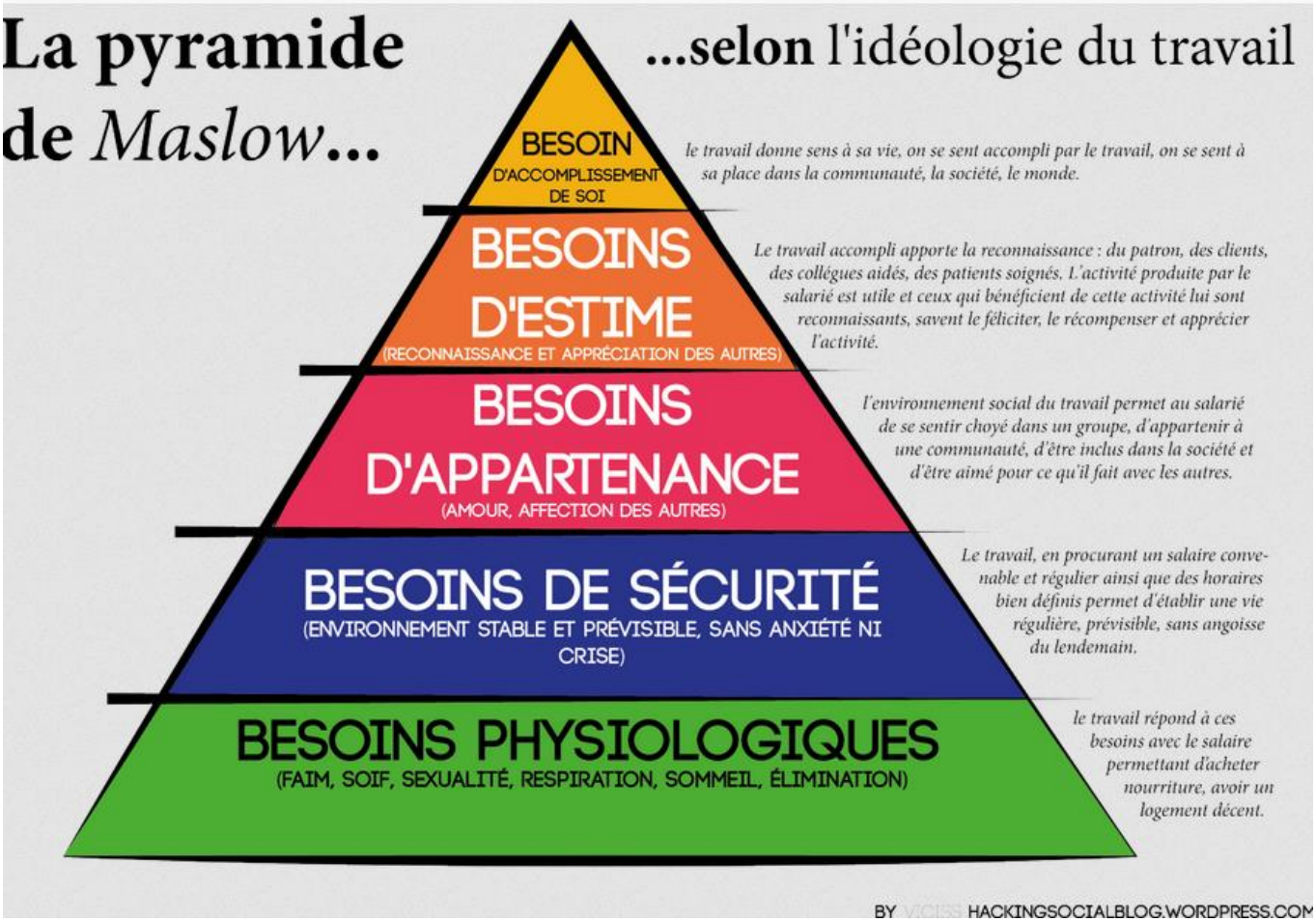

Figure 1 : (Maslow A., 1943)

« *Cette théorie propose donc une classification de l'ensemble des besoins humains en cinq catégories tout en estimant que l'Homme satisfait ses besoins mais avec un ordre de priorité allant de nos besoins les plus instinctifs et animaux vers des besoins supérieurs. Ce principe expliquerait la notion de motivation humaine. Car en effet, de ces besoins, naîtrait une motivation qui servirait à satisfaire ces besoins.* » (Maslow A., 1943).

De plus, selon Machado et ses collègues (2016), *« La* ***satisfaction des besoins fondamentaux,*** *le* ***support social****, les* ***affects positifs*** *et la* ***latitude décisionnelle*** » sont les facteurs pris en considération dans le bien-être.

Afin de mieux les comprendre, nous allons donner une brève explication de ces facteurs :

• Les **besoins fondamentaux** qui sont indispensables aux individus selon la théorie de l'auto-détermination sont « *la compétence, l'autonomie et le sentiment d'affiliation* ». En effet, la satisfaction de ces besoins est essentielle au bien-être des individus (Ryan et Deci, 2000).

• Le sentiment d'efficacité personnelle des individus sera amplifié lorsqu'ils ont un réseau social (Cutrona, Troutman, 1986) et de plus celui-ci réduira le stress et l'anxiété (Cutrona, Russell, 1987 ; Turcotte, 1990). Le **soutien social** permet de faire face aux situations stressantes (Bolger, Amarel, 2007) et ainsi il améliore la santé psychologique.
• Les **affects positifs** influencent la satisfaction or que les affects négatifs nourrissent l'insatisfaction de la vie (Reich, Zautra, 1981 ; Warr, Barter, Brownbridge, 1983).
• Enfin, quand les individus sont impliqués dans la **prise de décision**, ils se sentent bien au travail (Martin et Coetzee, 2007).
En conséquence, ces quatre facteurs permettront au personnel soignant de faire face au stress et d'améliorer leur santé psychologique.

1.2 Le bien-être psychologique

Il nous semble important de définir le bien-être psychologique d'une part et la santé mentale d'autre part.
Bradburn (1969) a décrit le **bien-être psychologique** comme *« un état dans lequel les affects positifs prédominent sur les affects négatifs »*.
Pour Labelle et ses collègues (2000), la **santé mentale** est *« composée, d'une part, du **bien-être psychologique** et, d'autre part, de la **détresse psychologique**. Le bien-être psychologique y est constitué de l'estime de soi, de l'actualisation du potentiel, de la satisfaction de vivre et du sens donné à la vie. Ainsi, nous distinguerons la santé psychologique (détresse et bien-être) et les troubles mentaux »*.
Nous pouvons mettre en évidence que le bien-être psychologique est une composante de la santé mentale. En effet, le bien-être psychologique se démarque du bien-être subjectif. Effectivement, ce bien-être psychologique peut être favorisé par différents facteurs.

D'ailleurs, les résultats des recherches de Dose, Desrumaux et Colombat (2019) ont mis en avant trois inducteurs du bien-être psychologique qui sont la **qualité des échanges leader-membre**, le **sentiment d'efficacité** général et le **soutien organisationnel.**
• La satisfaction au travail des soignants dépend de la **qualité des échanges** avec le leader (Eisenberger, et al., 2002) et de ce fait, ils se sentent plus en sécurité dans leur relation avec l'organisation (Dienesh & Liden, 1986). En outre, il est important de créer et de maintenir des moments d'échanges entre les soignants et les managers afin de contribuer au bien-être psychologique du personnel soignant.

• Le **sentiment d'auto-efficacité** chez le personnel soignant va permettre de soutenir leur sentiment de compétence professionnel, de s'accomplir personnellement et ainsi de se sentir moins fragiles.

• Les employés qui participent à l'atteinte des objectifs de leur entreprise, sont ceux qui sont pris en considération par l'organisation (Eisenberger et al., 1986). Les recherches de Gillet & al (2012) ont affirmé que le fait d'être **soutenu dans l'organisation**, a des effets bénéfiques sur la satisfaction et le bien-être eudémonique et hédonique. Effectivement, on trouve deux dimensions dans le bien-être psychologique au travail tel que : **eudémonique et hédonique.** « *L'eudémonisme est plus orienté sur la réalisation de soi, tandis que l'hédonisme est basé sur l'évitement de la souffrance et la recherche du plaisir* » (Biétry & Creusier, 2013).

En effet, la satisfaction de ces trois inducteurs dans le secteur médical et paramédical améliore le bien-être psychologique au travail. De plus, selon Boisson, Godot et Sauneron (2010), le fait d'avoir un bien-être psychologique positif permet de mieux gérer sa vie privée et professionnelle.

Puisque le Ministère de la Santé et des Solidarités (2007) a revu les conditions de travail des soignants suite aux problèmes causés par les décisions institutionnelles, l'activité et le fonctionnement organisationnel, on abordera au point suivant le bien-être au travail.

1.3 Le bien-être au travail

La définition du **bien-être au travail** selon le Service Public Fédéral (SPF) de l'emploi est : *« L'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquels le travail est exécuté : la sécurité au travail, protection de la santé du travailleur, aspects psychosociaux du travail, ergonomie, hygiène du travail et l'embellissement des lieux de travail »* (SPF Emploi Travail et Concertation sociale, 2020).

Nous remarquons que cette définition prend en considération l'environnement de travail en plus des aspects psychosociaux du bien-être.

Il nous a également semblé intéressant de définir le **bien-être psychologique au travail** qui est *« une expérience subjective positive où l'on tend à exprimer le meilleur de soi et qui se construit à travers soi, à travers ses relations sociales au travail et dans les interactions avec son organisation »* (Dagenais-Desmarais & Privé, 2010, p. 70).

D'après Dagenais et Desmarais (2010), le bien-être psychologique au travail dépend du ressenti des salariés ainsi que de leurs caractéristiques positives, et pas comme on pourrait le penser des circonstances de vie objectives telles que la rémunération et le statut d'emploi.

Selon ces auteurs, les éléments essentiels pour améliorer le bien-être psychologique au travail sont « ***l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement, le sentiment de compétence, la reconnaissance et la volonté d'engagement*** ».

Représentation des cinq ingrédients du bien-être psychologique[1]

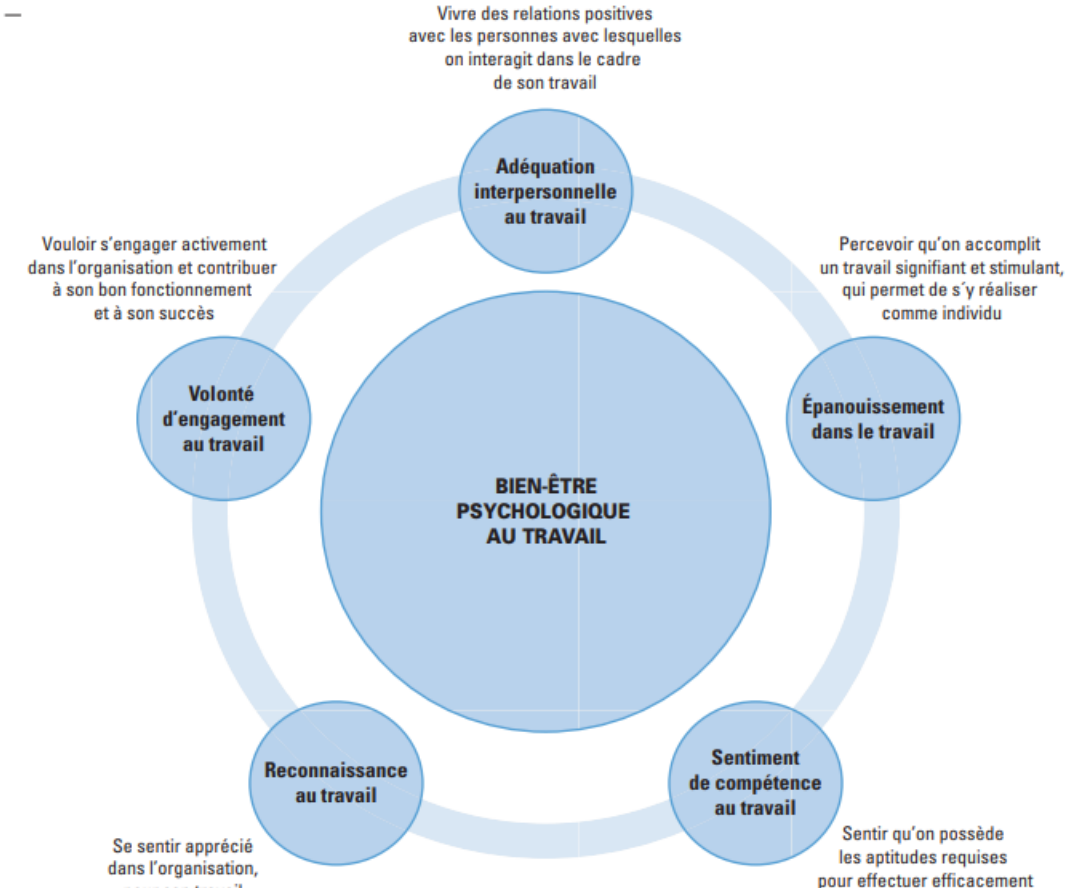

Figure 2: Schéma selon V. Dagenais-C. Desmarais, 2010

De nos jours, le bien-être au travail est de plus en plus pris en compte dans les organisations, de ce fait, les managers donnent une grande importance au bien-être des employés. Effectivement, le fait de réduire ou soigner la souffrance psychologique des employés ne suffit pas, il faudrait idéalement prévenir celle-ci afin de favoriser positivement leur santé psychologique. Les frais engendrés par la souffrance psychologique des employés font que les managers prennent ce concept au sérieux et agissent urgemment. Les managers sont conscients que leur personnel doit être en bonne santé afin d'assurer une bonne productivité au sein de l'institution (Dagenais & Desmarais & Privé, 2010).

[1] Source : enquête Conditions de travail/Risques psychosociaux 2016, Dares-Drees-DGAFP

Les employés qui se sentent bien psychologiquement sont plus productifs au travail (Cropanzano et Wright, 1999 ; Judge et al., 2001), s'impliquent plus dans l'organisation (Lee et Allen, 2002) et effectuent leur travail en toute autonomie (Staw et al., 1994). D'autre part, la performance des organisations est fortement liée au bien-être des employés, ce qui permet la fidélisation et la satisfaction des clients (Harter et al., 2002).

Le bien-être est réglementé en Belgique, voyons ce que cette loi prévoit à cet égard. **La loi du 4 août 1996** relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail est aussi appelée **« *loi bien-être* ».**

Cette loi énonce 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). Cette politique doit être intégrée dans le management complet de l'entreprise.*
- *Afin de détecter des risques pour les travailleurs, chaque employeur doit disposer d'un Service interne pour la prévention et la protection au travail. Pour certains aspects de cette mission, l'employeur devra cependant faire appel à un Service externe pour la prévention et la protection au travail. Ces services externes, dans lesquels diverses disciplines sont représentées, sont chargés de l'évaluation des risques. Au sein de ces services, des sections, agréées par les Communautés, sont chargées de la surveillance médicale des travailleurs ;*
- *Réglementation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail, dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail ».*

Ces extraits expliquent les devoirs de l'employeur autour de la prévention des risques, de la protection du travailleur et de l'organisation du travail.

Selon l'enquête « Conditions de travail et risques psychosociaux » (CT-RPS) de 2016, il y a des éléments qui peuvent contribuer au bien-être tels que « *l'**autonomie**, le **soutien social** et la **reconnaissance*** ».

Par l'**autonomie**, on entend le fait que les travailleurs puissent développer leur apprentissage sur leur lieu de travail, de gérer eux-mêmes des situations difficiles, etc.

Par le **soutien social**, on pense à être écouté par ses supérieurs, être aidé par les collègues et la hiérarchie, etc.

Et par la **reconnaissance**, on entend être valorisé et respecté par les autres, etc.
Cependant, il y a également des éléments qui peuvent dégrader le bien-être tels que *« la **pénibilité physique**, les **contraintes d'organisation du temps de travail**, l'**intensité du travail**, les **conflits éthiques**, la **demande émotionnelle** et l'**insécurité de la situation de travail** ».* (CT-RPS, 2016)
La **pénibilité physique** : réaliser des gestes douloureux, être exposé au bruit et à la fumée, etc.
Les **contraintes d'organisation du temps de travail** : avoir des horaires variés et non adaptés à la vie privée, etc.
L'**intensité du travail** : avoir une charge de travail élevée, etc.
Les **conflits éthiques** : travailler contre ses valeurs, etc.
La **demande émotionnelle** : travailler avec des personnes en souffrance, être attristé au travail, etc.
L'**insécurité de la situation de travail** : faire face au changement, etc.

Ainsi, nous comprenons mieux les éléments qui favorisent le bien-être et ceux qui le menacent. Pour terminer, nous remarquons que les conditions de travail devraient être satisfaisantes afin de contribuer au bien-être des employés.

1.4 Mesures du bien-être

D'après la littérature, on peut dire que le bien-être est un concept assez **complexe**, **subjectif** et **multidimensionnel**. Trouver une mesure qui regroupe les différents aspects du bien-être n'est pas facile. C'est ainsi que nous allons développer certains outils qui nous semblent pertinents dans notre recherche.
Le questionnaire sur le bien-être de l'OMS (1999) s'appelle le **WHO-5**, il est court et auto-administré. Il couvre 5 sujets relatifs à l'état de bien-être, est une bonne mesure du fonctionnement émotionnel et peut servir comme outil de dépistage d'un risque de burn-out/dépression. Il présente 5 affirmations, pour chacune des affirmations, il faut cocher celle qui se rapproche le plus de ce qu'on ressent au cours des deux dernières semaines (0 = jamais, 5 = tout le temps). Il faut savoir que le chiffre est proportionnel au bien-être. (Annexe 3).

Nous connaissons tous le lien entre le bien-être des collaborateurs et la productivité au travail, la méta-étude de Lyubomirsky « The Benefits of frequent positive affects » en 2005 montre que *« la performance du collaborateur épanoui est augmentée grâce à une meilleure santé, un plus fort engagement, un comportement avéré de coopération, une faculté plus développée d'innovation mais aussi une plus grande efficacité ».*
Selon l'étude de la Fabrique Spinoza (2013), quand on veut mesurer le bien -être au travail, on a le choix entre plusieurs outils :

Les outils axés « *santé de travail* » :

1. « L'**IBET** » (Indice de Bien-Être au Travail) par Mozart Consulting. Cet instrument va mesurer la confiance entre salariés et employeur. En mesurant le taux de mal-être des travailleurs (IMET), il permet de calculer l'éventuelle sous-performance de l'entreprise (maladies, arrêts de travail, etc.)
2. « Le **MMS** » (Mesure Management Santé) par Malakoff Médéric. Il est composé de 64 questions organisées en 5 indicateurs : risques professionnels (pénibilité physique, risques routiers), risques liés à l'organisation du travail (tensions au travail, déficit d'autonomie, pression psychologique, déficit de reconnaissance), l'état de santé (l'état physique, les handicaps et les maladies chroniques, l'indice de masse corporelle), l'hygiène de vie (la nutrition, l'activité physique, le sommeil, les addictions, le suivi santé) et le contexte social (la charge de vie, l'isolement, le manque de confiance en l'avenir, l'état psychologique). Ces indicateurs de bien-être au travail sont évalués à partir de 4 effets sur l'entreprise : les absences, l'engagement au travail, la perception de la sécurité dans l'entreprise, l'attractivité de l'entreprise. Le MMS est dans une démarche de prévention et de santé au travail, il va appréhender les différents risques.

Les outils orientés sur le « *climat social* » :

1. « L'**European Social Label** » par l'European Social Label Institute, il y a 20 questions posées aux salariés afin de mesurer leur opinion. Ces 20 questions regroupent 7 thèmes comme le degré de cohésion, la perception des méthodes de management, la perception du comportement de la direction, les relations collectives de travail, les conditions de travail.
2. « **Sociodiag** » est un outil appartenant à Synergence, il analyse les risques psychosociaux et le climat social de l'entreprise. Il donne une bonne appréciation du climat social interne.
3. Le « **Baromètre du Climat Social** » développé par le cabinet mars-lab examine la représentation de l'entreprise par les salariés concernant la direction, les conditions de travail, la cohésion sociale et les méthodes de management.

4. Le baromètre social « **Opentojob** » par Opentojob, l'employeur est invité à s'exprimer sur les politiques RH et managériales de son entreprise. Il comporte 98 questions sur 12 thématiques comme le recrutement, l'ambiance de travail, la formation, les relations managériales, la carrière, la rémunération, l'équilibre vie privée/vie professionnelle, les relations humaines, les conditions de travail, le changement, l'innovation, la citoyenneté.

Les outils de « *psychologie sociale* » :

Le « **BBET** » (Baromètre du Bien-Être au Travail) par Martin-Krumm & NikolaidisTsialdaridis, c'est un outil sous forme de questionnaire qui s'appuie sur la « Théorie des forces », il prend en compte 5 domaines comme la satisfaction, le climat motivationnel, la santé organisationnelle, l'aptitude au bonheur et la perception de la réalité.

Le « **THI** », (The Happiness Indicator) crée par l'Erasmus Happiness Economics, cet outil va évaluer le niveau de bien-être au travail à différents moments (aujourd'hui, hier, cette semaine et ce mois-ci) et le potentiel de bien-être de l'individu, en comparaison avec d'autres individus évoluant dans le même cadre.

Le « **Employee Engagement Survey** » et le « **Well-Being Finder** » par Gallup. 2 questionnaires, le premier porte sur la motivation et le second sur le bien-être du collaborateur au-delà du travail (général, vie privée, financier, physique et communautaire) qui permettra d'identifier les collaborateurs les plus épanouis et les plus en souffrance.

Cependant, ces mesures n'englobent pas toutes les dimensions du bien-être au travail en un seul outil, ce qui rend l'évaluation du bien-être complexe. L'idéal serait d'avoir une échelle qui reprend tous les aspects du bien-être en un seul outil afin de faciliter l'utilisation de la mesure. Toutefois, ces différents aspects de bien-être nous amènent à nous demander quels sont les facteurs prédicteurs de la qualité de vie.

2. Qualité de vie

L'OMS (1994) définit la **qualité de vie** comme *« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé* ***physique*** *de la personne, son état* ***psychologique****, son niveau d'indépendance, ses relations* ***sociales****, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».*

L'OMS ajoute en 2006 la dimension **spirituelle** qui auparavant était englobée dans la dimension psychologique. Cette dimension spirituelle peut être différente de la dimension religieuse (Aujoulat, 2019).

En effet, toutes les définitions de la **qualité de vie** regroupent trois points essentiels : la qualité de vie est une notion **subjective** et dépend du ressenti de chacun. Vu qu'elle varie d'un individu à un autre, il n'est pas évident de la quantifier ; la qualité de vie générale est **influencée par le travail** et elle inclut des **aspects** individuels, sociaux et organisationnels (Brunault, Fouquereau et Gillet, 2012).

2.1 Qualité de vie au travail (QVT)

D'après Laflamme (1994), si on améliore la **qualité de vie au travail** des salariés en prenant en considération leurs besoins, on perfectionne leur bien-être et on développe leur productivité au sein de l'organisation.
Gauci & Norman (1997) ont longtemps fait des recherches dans le milieu des soignants sur ce qui pouvait nuire à la santé au travail et sur ce qui pouvait impacter négativement la santé des soignants. De plus, Bruneau, Fouquereau & Gillet (2012) ajoutent qu'une amélioration de la qualité de vie au travail permettra d'améliorer le bien-être des soignants, freinera le turn-over du personnel et ainsi favorisera la performance de l'organisation. Enfin, un employé qui sera investi dans son travail avec un état d'esprit positif, viendra travailler avec dévouement, énergie et plaisir (Schaufeli & Bakker, 2003). Outre cela, le fait d'être valorisé et de travailler en toute autonomie va accroître la satisfaction des travailleurs. La **satisfaction au travail** correspond à « *un état émotionnel positif ou plaisant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail* » (Locke, 1976).

Toutefois, deux outils d'évaluation peuvent être utilisés afin de mesurer la qualité de vie au travail. Le premier est l'échelle de **QVT d'Elizur et Shye** (1990) et reprend quatre domaines : physique, psychologique, social et culturel. Le deuxième est un Inventaire Systémique de la Qualité de Vie au Travail (**ISQVT**) réalisé par Martel & Dupuis (2006), qui permet la mise en place des actions afin de solutionner et de prévenir les soucis rencontrés au travail.

2.2 Facteurs influençant la qualité de vie au travail

Selon Gershon et al. (2007) *« les **caractéristiques individuelles des employés**, les **caractéristiques organisationnelles** et les **conditions de travail** »* sont les trois types de facteurs qui influencent la qualité de vie au travail :

- **Caractéristiques individuelles** : le sexe, l'âge, la situation conjugale, le courage, les stratégies d'ajustement, etc.
- **Caractéristiques organisationnelles** : Lawler (1986) et Wils et al. (1998) proposent quatre éléments qui peuvent améliorer la QVT : *« le partage de l'information, le développement des compétences, le partage du pouvoir et les systèmes de reconnaissance ».*

Pronost & al. (2008) ont prouvé qu'une mauvaise QVT était liée à *« la perception de plusieurs difficultés rencontrées dans le service par les soignants : manque de temps, manque de collaboration, manque de reconnaissance, manque de formation, mauvaise prise en compte des besoins des proches et des patients, absence de réunion interdisciplinaire et manque de communication ».*

De toute évidence, la gestion des ressources humaines et le style de leadership des managers permettra d'attirer et de garder le personnel soignant dans l'institution (Kramer & Hafner, 1989). Ce concept fera en sorte que les soignants coopèreront mieux avec les différents membres de l'équipe (médicaux et paramédicaux), seront plus autonomes et amélioreront la relation entre médecins et infirmières (Scott, Sochalski & Aiken, 1999). En effet, le style de leadership joue un rôle important dans la qualité de vie au travail et ainsi promeut « *la latitude décisionnelle, l'autonomie, la réalisation de supervisions cliniques régulières, ainsi que la reconnaissance et le respect mutuel* » (Vagharseyyedin et al., 2011).

- **Conditions de travail** : le bien-être et la santé mentale des travailleurs sont influencés par les conditions de travail. En effet, on rencontre souvent un absentéisme important si ces conditions optimales ne sont pas respectées par les employeurs. Cet absentéisme va engendrer des problèmes de sous-effectif au sein du service et ainsi mettre le personnel soignant présent à rude épreuve (Bruneau, Fouquereau & Gillet, 2012). D'après Gershon et al. (2007), les conditions de travail englobent trois points qui sont : *« **Charge de travail et stress au travail /horaires de travail ; relations avec les collègues / salaire et avantages sociaux** ».*

Charge de travail et stress au travail

La charge de travail est tridimensionnelle : physique, mentale et psychique. En milieu infirmier, Vagharseyyedin et al. (2011) ont démontré « *un lien entre une forte charge de travail, une faible latitude décisionnelle et une faible QVT* ».

Horaires de travail ; relations avec les collègues

Effectivement, les horaires irréguliers peuvent impacter la QVT des salariés (Vagharseyyedin et al., 2011). Ils indiquent aussi que les salariés qui ont des horaires fixes, ont une meilleure qualité de vie que les précédents.

De plus, le travail de nuit diminue de façon significative la QVT par rapport au travail de jour (Gurses et al., 2009). D'autre part, une bonne relation avec les collègues favorise la QVT des salariés.

Salaire et avantages sociaux

« Le fait de percevoir son salaire comme insuffisamment important par rapport au travail fourni est une des variables prédictives d'une faible QVT » (Vagharseyyedin et al., 2011).

Désormais, il convient de s'interroger sur les conséquences d'une bonne qualité de vie au travail des soignants. Un soignant qui a une bonne QVT sera plus motivé à venir travailler et ainsi ira moins voir ailleurs, ce qui aidera l'institution à faire face à la pénurie de soignants (Lu et al., 2005). L'entreprise qui est soucieuse d'une bonne QVT, contribuera à l'efficacité de l'organisation et permettra aux employés d'avoir une meilleure perception subjective de leur travail, sans oublier que cette amélioration de la QVT des soignants sera aussi bénéfique aux patients (Bruneau, Fouquereau & Gillet, 2012). D'ailleurs, plusieurs études ont prouvé une corrélation entre la QVT, la performance et la satisfaction au travail (Beh & Rose, 2007 ; Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001), ainsi qu'une relation entre la santé au travail et la QVT (Court, 2003 ; Gowdy, 1988).

Dans le secteur de la santé, les soignants font face à plusieurs difficultés qui viennent perturber la qualité de vie au travail, et ainsi se répercute sur leur bien-être. Il est vrai que si ces conditions de travail ne sont pas respectées par les employeurs, les soignants seront mis à rude épreuve et les troubles psychologiques risquent d'apparaitre. A travers le point suivant, nous allons développer quelques troubles psychologiques.

3. Les troubles psychologiques

3.1 Les risques psychosociaux (RPS)

L'Arrêté Royal du 10 avril 2014, Article 2, définit les **risques psychosociaux** (Moniteur Belge,2014) comme : *« la probabilité qu'un travailleur subisse un dommage psychique pouvant également s'accompagner d'un dommage physique suite à l'exposition d'une des cinq composantes suivantes : l'**organisation du travail**, le **contenu du travail**, les **conditions de travail**, les **conditions de vie au travail**, les **relations interpersonnelles au travail**. Il faut en plus que l'employeur ait un impact sur ces composantes et qu'elles comportent objectivement un danger ».*

D'après SPF emploi (2020), les risques psychosociaux sont *« complexes parce que leurs origines sont multifactorielles et que les dangers peuvent se situer à plusieurs niveaux ».*

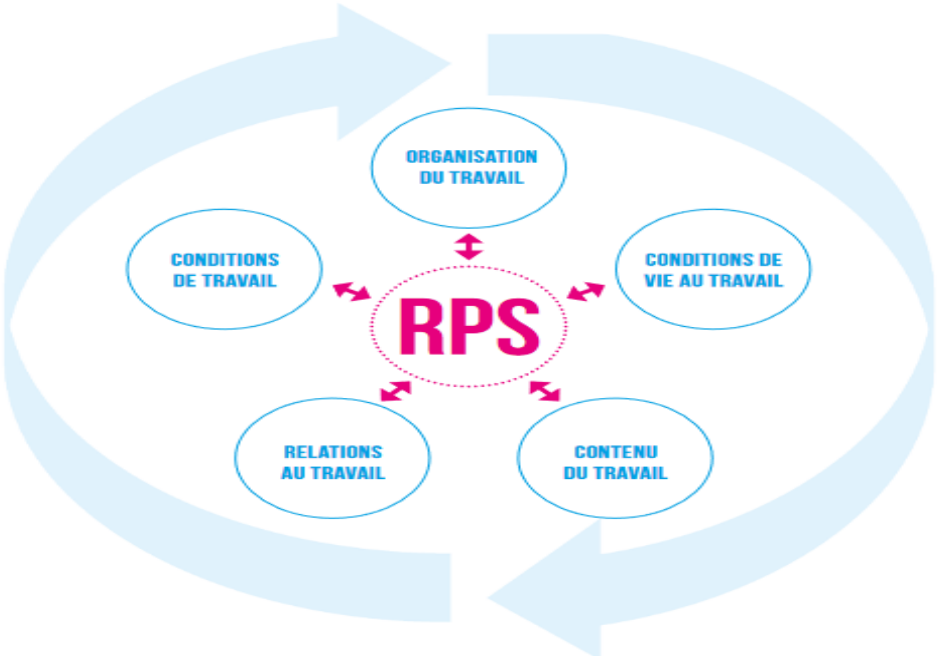

Figure 3: SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2017)

En effet, l'apparition des risques psychosociaux a un coût important auprès des entreprises. Selon l'OMS (2017), les troubles psychiques ont coûté à l'économie mondiale 1000 milliards de dollars par année. Ces RPS se manifestent essentiellement par le harcèlement moral, le suicide, le burn-out, les conflits au travail, le stress, l'abus d'alcool et de drogues (SPF, 2020).

La productivité et le bon fonctionnement des entreprises peuvent en effet être impacté par les RPS (SPF, 2020). En vue d'améliorer le bien-être des personnes, il est important d'identifier et de prévenir les RPS (Machado, 2015). En effet, les résultats de recherche de Lemoine et ses collègues (2017) montrent que « *les exigences du travail et émotionnelles, le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité, le manque d'opportunité de développer ses compétences, l'insécurité de l'emploi et les relations négatives au travail jouent un rôle important dans la prédiction du mal-être au travail auprès de personnels soignants* ».
Si les soignants se sentent mal au travail, ils auront une mauvaise santé physique et psychologique (Lheureux et al., 2016) et ainsi ils prodigueront des soins de moins bonnes qualités (Williams et al., 2007). Un des rôles essentiels des employeurs est d'instaurer des stratégies afin de prévenir les risques psychosociaux au travail et de ce fait éviter les dommages causés chez les soignants qui peuvent aller de l'angoisse aux idées suicidaires.
Les facteurs qui peuvent influencer les RPS sont multiples et ont été travaillés par plusieurs chercheurs. Gollac et Bodier (2011) ont regroupé six principaux facteurs de risque :
« *intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail* ».
Il faut reconnaitre que *« disposer d'une liste de facteurs de stress est un outil intéressant pour une première approche du stress dans l'entreprise »* (Gobert. P, 2020). C'est ainsi que nous développerons le stress au point suivant.

3.2 Le stress

Le **stress** est *« un ensemble de perturbations physiologiques, métaboliques et psychologiques qui surviennent sous l'influence de divers stimuli, agréables ou désagréables. C'est un véritable orage d'hormones et de neuromédiateurs créant une réaction orthosympathique généralisée. C'est une réaction non spécifique, indépendante de l'agent stressant et stéréotypée, elle est toujours la même pour un individu donné. C'est un syndrome d'adaptation. »* (Chevassut -Pellen, 2017, pp. 23-24).
Le stress peut être utile dans certaines circonstances, il peut mobiliser les énergies et les efforts de l'individu mais parfois il peut aussi être nocif et entraîner des problèmes de santé multiples. Le stress peut voir un impact négatif sur la santé physique et mentale des personnes et de ce fait peut nuire au bon fonctionnement de l'organisation. Il est courant dans la vie quotidienne et les causes sont multiples.

Certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres, ainsi pour Lazarus (1966), le stress est l'expérience de chaque individu. Cependant, il nous semble important de définir le stress au travail afin de mieux le cerner.

Les définitions du stress au travail selon l'INRS et l'OMS :
Selon l'**INRS** (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), on parle de **stress au travail** « *quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre* ».
D'après l'**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé), le **stress lié au travail** est *« l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leurs capacités et qui remettent en cause leur aptitude à faire face »*.
On remarque que la définition de l'OMS est plus complète et détaillée que celle de l'INRS parce qu'elle prend en compte la mise en cause de leur capacité.

Plusieurs recherches ont montré que les professionnels de la santé sont exposés à une série de problèmes de santé mentale comme l'anxiété (Gao et al., 2012) et la dépression (Givens et Tjia, 2002). Ces problèmes peuvent être particulièrement aigus chez les professionnels de la santé par rapport aux autres professions. Une enquête récente auprès de plus de 3700 travailleurs du secteur public au Royaume-Uni a montré que les professionnels de la santé ont été les plus stressés, en effet 61% déclarent se sentir stressés et 59% déclarent que leur stress est pire que l'année précédente (Dudman et al., 2015).
Le changement peut également être une source de stress comme nous le fait savoir Légeron (2015). Tous les salariés et les entreprises sont sujet à des changements. « *Ils subissent régulièrement des pressions pour satisfaire les exigences de la vie professionnelle moderne* » (Légeron P., 2015). En effet, il nous rapporte que si le changement est *« imprévisible, incontrôlable et non désirable »*, il est également une source de stress. Il nous énonce aussi des mythes liés au changement qui sont :

- *« Un changement peut s'opérer sans douleur*
- *Le changement peut s'effectuer instantanément*
- *Seuls les grands changements suscitent de grands problèmes*
- *Seuls les moins compétents ont du mal à s'adapter au changement*
- *Pour que le changement réussisse, il faut oublier le passé »* (Légeron P. ,2015).

3.3 Le burn-out

D'après Delbrouck (2011), le burn-out est une maladie spécifique de la relation d'aide, qui révèle un malaise singulier et social, posant la question du sens de la vie. Les trois phases du burn-out sont *« l'**épuisement émotionnel**, la **dépersonnalisation** et le **sentiment d'incompétence**, susceptible de survenir chez des sujets travaillants, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains* » (Freudenberger & Richerlson, 1980) et il touche en particulier le personnel soignant.

L'**épuisement émotionnel** se traduit par le fait que l'individu soit vidé nerveusement et démotivé par son travail.

La **dépersonnalisation** correspond aux soignants technicistes et cyniques envers les patients et manque d'intérêt pour le travail.

Quant au **sentiment d'incompétence**, le soignant doute de ses compétences et s'évalue négativement/l'auto-efficacité diminue (Aujoulat, 2019).

Le **burn-out** chez les soignants peut être engendré par des facteurs individuels comme le désir de plaire, l'anxiété, le perfectionnisme ainsi que par des facteurs externes comme les changements, la charge et la pression de travail, manque de soutien dans le milieu du travail, etc. (Aujoulat, 2019)

L'**épuisement professionnel** ou **burn-out** conduit *« à un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail »* (Freudenberger & Richerlson, 1980).

Le traitement du burn-out passe par des changements personnels (gestion de stress, etc.) et organisationnels (quotidien familial, professionnel et personnel) (Aujoulat, 2019).

De plus, une enquête du SPF en 2012 a été réalisée auprès de 5833 personnes, montre qu'une personne sur cinq est en burn-out ou à risque de burn-out (6,6% souffraient de burn-out et 13,5% appartenaient au groupe à risque) et cette maladie touche majoritairement les femmes (73,8% de femmes et 26,2% d'hommes) et le personnel soignant (79,5% d'infirmiers et 20,5% de médecins).

4. Les niveaux de prévention

Selon le SPF de l'Emploi, Travail et Concertation sociale (2020), la prévention des RPS se fait par :

- *« La **prévention primaire** qui consiste à supprimer ou à réduire les causes de la souffrance au travail. Généralement, il s'agit de mettre en place des stratégies collectives qui concernent l'organisation de l'entreprise et celle du travail.*
- *La **prévention secondaire** consiste à aider le salarié à supporter les difficultés ou tensions de son travail (quand il n'est pas possible de les supprimer) en lui donnant des « outils » pour développer ses compétences, apprendre à gérer son stress. On va aussi accompagner l'équipe de travail pour faciliter les échanges sur les pratiques et développer le soutien social.*
- *La **prévention tertiaire** consiste à traiter individuellement les personnes en souffrance ; on est plus dans du curatif que dans du préventif sauf quand il s'agit de réhabiliter le sujet dans son travail. Un suivi est assuré pour ces personnes de façon à prévenir une éventuelle rechute ».*

Les approches centrées sur le bien-être psychologique se situent essentiellement au niveau de la prévention primaire et secondaire. La gestion des RPS se situent surtout au niveau de la prévention secondaire. Il est plus utile de pouvoir agir sur les deux premiers niveaux de prévention que d'agir au niveau tertiaire où l'action consistera à prévenir une rechute.

Outre cela, nous allons aborder les personnes impliquées dans les 3 niveaux de prévention des RPS et voir comment ces acteurs de prévention ont une influence sur le bien-être des soignants.

5. Les acteurs de prévention

Selon SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2020), les **employeurs** qui occupent moins de 50 travailleurs doivent disposer d'un conseiller en prévention aspects psychosociaux d'un service externe, si c'est plus de 50 travailleurs, il fera appel à un conseiller d'un service interne. Pour le conseiller de service interne, l'employeur doit demander un accord auprès de différents membres du Comité. L'employeur peut faire appel à l'inspection du Contrôle du bien-être au travail en cas de désaccord entre ces différents membres. Si la conciliation n'a pas lieu, il devra faire appel à un conseiller en prévention aspects psychosociaux en externe.

Le conseiller en prévention aspects psychosociaux est tenu au secret professionnel. Les personnes qui interviennent dans la prévention des risques psychosociaux au travail en plus du **conseiller en prévention** aspects psychosociaux et de la **personne de confiance** sont : l'**employeur**, les **travailleurs**, les **membres de la ligne hiérarchique**, le **Comité**, le **conseiller en prévention du service interne** et le **médecin du travail**.

Les rôles du **conseiller en prévention** aspects psychosociaux sont multiples, il accompagne l'employeur pour analyser les risques, émet des avis de prévention, participe à l'évaluation des mesures de prévention, etc.

Le **CESI** est un service externe de prévention et de protection au travail qui contribue à l'amélioration des conditions de travail au sein de l'entreprise en assurant le bien-être des travailleurs, de ce fait, il a une approche participative et multidisciplinaire. Il propose des formations, suggère des actions pour favoriser le bien-être des travailleurs et dispense des services d'assistance professionnelle dans la gestion de leur politique de prévention.

La **personne de confiance** intervient également dans la prévention des risques psychosociaux (stress, burn-out, agression, harcèlement, etc.). C'est d'ailleurs le premier interlocuteur qui conseille et soutient le collaborateur. Il aide celui-ci à trouver des solutions à ses problèmes et il peut même intervenir en tant que médiateur lorsqu'il le demande. Elle exerce sa fonction en toute autonomie et est également tenue au secret professionnel.

Un autre service qui intervient dans la prévention des risques psychosociaux au travail est le **département des ressources humaines (DRH).** Celui-ci a plusieurs rôles dans différents domaines notamment dans :

- La reconnaissance au travail ;
- La gestion du bien-être psychologique des salariés afin d'instaurer une politique qui vise à réduire le stress au travail et à augmenter la motivation ;
- L'accès aux outils nécessaires à la réalisation de leur travail ;
- Le repérage des compétences utiles ;
- La gestion équitable afin d'assurer la sécurité au travail ;
- La disposition du personnel nécessaire pour le bon fonctionnement de l'institution, etc. (SPF, 2020).

En conséquence, on développera les rôles du DRH qui nous semblent plus pertinents pour notre travail.

La reconnaissance :

D'après Brun (2010), la reconnaissance *« est considérée comme un besoin primordial pour le développement de l'estime de soi et nourrit la motivation des travailleurs, de plus elle a des répercussions sur le bien-être des travailleurs »*. En fait, elle est une composante primordiale dans le milieu du travail et touche toutes les organisations et toutes les professions. Pour Brun (2013), cette reconnaissance se fait autour de 4 éléments : *« la personne en tant que telle, son travail et ses compétences, les efforts qu'elle accomplit et le résultat qu'elle atteint »*.
Pour Diez et Carton (2013), chaque employé percevra la reconnaissance différemment selon leur réceptivité. En effet, certains la percevront positivement et d'autres négativement. Par ailleurs, la gestion des relations sociales dans les organisations peut être perturbée lorsque les employés ne sont pas motivés (Diez et Carton, 2013).
Les moments de pause qui sont pris en collectivité dans les petites organisations, permettent de renforcer les relations avec tous les autres corps de métier. Durant ces moments, les soignants aiment être pris en considération par la hiérarchie qui prend le temps de les écouter, même si ceux-ci sont conscients que la hiérarchie n'a pas toujours une solution aux difficultés rencontrées (Haberey-Knuessi & al., 2013).
Les salariés donnent une grande importance à l'écoute et à la communication, ils ajoutent également que ce n'est pas forcément la valorisation financière qui les motive sans pour autant minimiser celle-ci (Diez & Carton, 2013).

La disposition du personnel nécessaire

Le département des ressources humaines a un rôle important dans le recrutement des salariés et la gestion du personnel. Dans le milieu des soignants, les infirmiers subissent une charge de travail importante suite à un manque d'effectif qui croit sans cesse (Mathieu, 2019). Comme la population belge vieillit continuellement, les soignants sont fort demandés suite à l'augmentation des soins. Le bon fonctionnement de l'institution hospitalière dépend fortement du nombre d'effectif nécessaire dans celle-ci. Ainsi, pour éviter de compromettre la situation de l'hôpital, il est primordial de faire face à cette pénurie. Selon Janssens (2009), les trois moyens pour faire face à la pénurie que vivent la plupart des institutions hospitalières sont : attirer plus de professionnels dans ce secteur en intensifiant la formation et en réduisant leur charge de travail grâce à des congés supplémentaires et aux primes, engager plus de personnel afin d'avoir une réserve et enfin recruter des soignants à l'étranger.

Par ailleurs, le **manager** a aussi un rôle dans la prévention des risques psychosociaux au travail. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, ils organisent le collectif de travail et prennent les décisions pour les salariés. Le manager a le rôle essentiel d'intermédiaire entre la hiérarchie et les salariés. Effectivement, c'est lui qui avertit la hiérarchie de toutes les difficultés rencontrées par les salariés et informe ceux-ci des projets de l'entreprise. Il a un rôle d'écoute qui est primordial. D'après l'étude réalisée pour Altedia (2009), 64% des salariés souhaiteraient, pour mieux être entendus, développer les occasions d'échange informel avec leur supérieur hiérarchique immédiat. Le style de leadership permettra aux soignants d'être plus performants et ainsi de prodiguer des soins de qualité aux patients (Fisher, 2016). Un leadership efficace peut contribuer au bien-être des employés en permettant une amélioration de leur moral, leur résilience et leur confiance. De ce fait, les employés seront moins frustrés, auront moins de conflits et s'absenteront moins au travail (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2021). La prise en charge de la souffrance des soignants doit être préventive, les RPS sont généralement liés aux caractéristiques psychiques des individus mais aussi au milieu professionnel. De ce fait, la prévention de ces troubles doit tenir compte de la personne et de l'organisation du travail (Hazif-Thomas & al., 2009). Dès lors, il serait intéressant de développer différentes stratégies qui peuvent contribuer au bien-être des soignants et aussi leur donner des outils afin de mieux gérer leur stress.

De plus, le manager a également un rôle important dans la communication au sein de l'organisation.

<u>La communication</u>

L'intérêt qu'on porte à la communication et l'information n'est pas un nouveau concept. Plusieurs études ont montré que des améliorations dans le secteur hospitalier devraient être apportées suite aux manques de communication et d'information (Médina, P. & Lahmadi, G., 2012). Afin de satisfaire les besoins du personnel soignant, la communication par le manager dans les hôpitaux est devenue incontournable. En effet, cette approche managériale doit être prise en compte par les hôpitaux (Médina, P. & Lahmadi, G., 2012). D'après Habermas J., 70% de la fonction des managers concernent à faire de la communication (1987). Mucchielli nous fait également savoir que « *si le manager est incompétent en communication interne, il est incompétent en management* » (2005).

D’après Médina, P. & Lahmadi, G., les organisations peuvent rencontrer des problèmes de communication suite à un manque de moyens de communication, à la méfiance des employés ou encore à l’excès de la hiérarchie (2012). Outre cela, l’utilisation des moyens de communication dépend des soignants et du temps qu’ils y accordent (Haberey-Knuessi, V., 2013). La charge de travail qui s’intensifie et qu’à cela s’ajoute le problème de sous effectifs, fait en sorte que les dialogues et le temps d’échanges entre les collaborateurs se réduisent. En effet, la communication informelle joue un rôle important dans la continuité et la qualité de l’information lors des moments de convivialités (Haberey-Knuessi, V., 2013).

6. Les stratégies pour favoriser le bien-être

6.1 Stratégies défensives :

Les personnes utilisent les stratégies individuelles ou collectives de défense sans qu’elles s’en rendent compte (Saint-Jean et al., 2006). « *Elles sont basées sur l’histoire, la personnalité et l’éducation de l’individu qui en fait l’utilisation* » (Rhéaume, Maranda, Saint-Jean, 2000). Molinier (2008) nous fait part que les stratégies collectives de défense aident à diminuer la souffrance des individus même si celle-ci est individuelle. Par ailleurs, si les individus travaillent dans un environnement pénible et pas facile, ces stratégies leurs permettront d’affronter les situations difficiles (Saint-Jean et al., 2006).

La baisse de la performance au travail et la fatigue individuelle peuvent apparaitre lorsque les stratégies défensives deviennent inefficaces (Morin et Gagné 2009). En faisant appel aux stratégies défensives, l’individu s’adapte aux situations difficiles et stressantes mais ne les modifie pas (Alderson, 2004). Effectivement, une étude a mis en évidence douze stratégies collectives de défense pour que l'infirmière les utilise afin d’atténuer les souffrances issues de l'organisation du travail. Il a été démontré que ces stratégies peuvent être des tactiques intéressantes contre la souffrance puisqu'elles permettent à l'infirmière de continuer à travailler sans tomber malade physiquement et psychologiquement, c'est-à-dire de résister aux pressions de l'organisation du travail (de Oliveira S., & al., 2007).

6.1.1 Stratégies individuelles de défense recensées

Molinier (2008) cite deux autres stratégies : « *les départs ou les demandes de transferts du personnel (quitter leur unité de travail ou démissionner) et l'activisme* ». Comme l'activisme ne résiste pas à long terme, il engendrera un affaiblissement du soignant qui se répercutera sur la vie personnelle de celui qui l'utilise (Molinier, 2008). La mobilisation de ces stratégies de défense fait que l'état de l'individu ne se détériore pas. Mace (2012) nous fait savoir que la résilience peut aider les salariés dans la gestion des situations stressantes au sein de leur travail. La résilience est « *la capacité de l'individu à s'adapter aux exigences »* (Jackson et al., 2007). Cependant, d'après Dean (2012), la résilience reste un trait individuel qui varie d'un individu à l'autre. Les infirmières peuvent également faire appel à d'autres types de stratégies individuelles de défense pour éviter l'épuisement professionnel.

6.1.2 Stratégies collectives de défense recensées

Selon Boivin-Desrochers, C. et Alderson M (2014), le fait d'avoir de bonnes relations de collaboration avec les collègues peut offrir un sentiment d'appartenance et une meilleure qualité de vie au travail. Badger (2005) affirme qu'être soutenu par ses collègues est favorable et crée une stratégie d'adaptation recommandée par les infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs. Selon Molinier (2008), les infirmières prennent généralement le temps de discuter de leurs sentiments, de leur désespoir, de leurs doutes, de leur travail et de leurs inquiétudes. Ces périodes de discussion établissent une stratégie collective de défense et sont essentielles pour maintenir une qualité optimale des soins et de la santé mentale ainsi que de la cohésion d'équipe. D'où, l'intérêt de garder des moments d'échange et de discussion auprès des soignants qui sont sans cesse confrontés à la souffrance afin qu'ils exercent au mieux leur activité.

L'utilisation de l'humour dans des situations difficiles est une stratégie collective de défense pertinente. Lors des discussions de groupe, les blagues et le rire sont aussi utilisés comme stratégies de défense durant des groupes de parole par les soignants (Pomerleau et al., 2013).

6.1.3 Le coping

Le terme coping, issu de l'anglais « **to cope** » (signifiant littéralement « **faire face** »), peut également être défini comme une (des) « *stratégie(s) d'ajustement* ». Le coping décrit par Lazarus et Folkman (1984, p.141), est « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évalués (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». Ce concept permet à la personne de faire face au stress par « *une correction, par l'annulation de la situation mais aussi par une modification de la manière dont la personne représente la situation* » (Emeriat, 2012, pp.69-70). C'est un processus spécifique et qui change constamment.

Chaque individu vivra la souffrance au travail différemment, en effet, certains arriveront à les surmonter, or que pour d'autres ça sera ingérable. Ainsi, on développe des nouvelles ressources pour faire face au stress.

Il existe trois approches théoriques du concept :

- Le coping est considéré *« comme un mécanisme de défense du Moi (Vaillant,1992) dont le but est de réduire l'anxiété. »*
- Le coping est perçu *« comme un processus permettant à l'individu d'agir (Lazarus,1993) en situation de stress en fonction de ses ressources cognitives et émotionnelles et du contexte dans lequel elles s'appliquent ».*
- Le coping est *« une caractéristique de la personnalité* » (Wheaton, 1983).

Des auteurs comme Cohen et Lazarus (1979) définissent l'**ajustement** comme *« une réponse de la personne capable de diminuer ce qui est stressant dans la situation, de réviser les évènements négatifs pour mieux les tolérer, de conserver une image de soi positive, de garder un équilibre émotionnel, de maintenir une relation positive avec autrui ».* Afin de fournir cette réponse, la personne devra effectuer des modifications cognitives et comportementales pour pouvoir établir une meilleure gestion de la situation provocatrice de stress.

Les deux stratégies de coping selon Lazarus et ses collègues sont le **coping centré sur le problème** et le **coping centré sur les émotions** (Lazarus& Folkman, 1984 ; Lazarus & Launier, 1978).

Le coping centré sur le problème sera de diminuer les exigences de la source de stress et/ou augmenter ses propres ressources afin de mieux gérer la situation stressante (négocier, demander conseil à une personne compétente, faire un planning, etc.).

Or que le coping centré sur l'émotion aide l'individu à gérer ses émotions qui sont induites par la situation stressante (se distraire, penser à des moments agréables, etc.).

Les recherches de Kneebone et Martins (2003) ont mis en évidence que le coping centré sur le problème est plus favorable pour diminuer le stress des soignants. Lors des situations stressantes, le coping permet aux soignants de revenir au fonctionnement normal (Emeriat, 2012). L'objectif du coping est d'obtenir une modulation de stress qui nous permet de gérer le stress.

Finalement, on peut décrire des tas de mécanismes de défense différents qui peuvent porter sur l'estimation, le problème, les émotions, les cognitions, etc.

6.2 La sophrologie

La sophrologie est un des outils de bien-être qui aide à mieux gérer le stress de la vie quotidienne chez le personnel soignant. L'École française de sophrologie du Dr J.-P. Hubert la définit comme : « *La sophrologie est l'étude de la conscience humaine et de ses modifications par des moyens physiques, chimiques et physiologiques dans un but thérapeutique, prophylactique et pédagogique* ».

Selon Chevassut-Pellen (2017), la sophrologie permet de tendre vers une meilleure qualité de vie. Elle est basée sur la respiration, la détente musculaire et la visualisation mentale positive. Elle constitue une technique prometteuse pour les personnes exerçantes dans des milieux particulièrement stressants. La sophrologie permet d'apprendre à gérer les douleurs, les émotions et le stress, développer des capacités d'adaptation ou encore renforcer sa confiance en ses compétences professionnelles. La démarche est de lutter contre l'épuisement professionnel grâce à la relaxation en éliminant les tensions accumulées lorsque les journées sont trop intenses. La pratique de la sophrologie au travail permet aux soignants de se ressourcer et ainsi d'affronter plus facilement les situations difficiles. A terme, il s'agit de retrouver la notion de plaisir au sein de leur travail.

La sophrologie permet aussi d'explorer la sphère de la conscience ou de l'esprit. Elle est donc *« la science de l'esprit harmonieux ou science de la conscience en harmonie »* Chevassut-Pellen (2017). Enfin, la sophrologie permet de mieux canaliser l'énergie.

6.3 Les pauses massages

D'après l'étude réalisée par Chastel-Gignac & Rebiere-Putot (2015), les moments de massage sont considérés comme une stratégie préventive. Ces pauses massages préviennent le risque d'épuisement professionnel en permettant à l'individu de développer ses ressources personnelles, en diminuant le stress et en reprenant le contrôle de soi. Le massage est une forme de communication qui procure au massé un sentiment d'écoute et un temps d'attention. Le fait de se faire masser peut avoir un effet positif sur la qualité de travail, les tensions dans le travail, la douleur, le relâchement et ainsi favoriser le bien-être psychologique. De ce fait, il permet de mieux gérer le stress et de récupérer psychiquement et psychologiquement. Chastel-Gignac et son collègue (2015) rapportent une amélioration de la qualité de vie chez les soignants qui bénéficient des massages. En effet, ces médecins déclarent que « *les pauses massages peuvent s'y apparenter en renforçant l'image de détente mentale et émotionnelle et de relâchement corporel profond. La réponse relaxation est la réponse physiologique antagoniste de la réponse de stress. Le corps est l'expression extérieure de l'esprit » (*Chastel-Gignac & Rebiere-Putot, 2015, p.30).

De même, d'autres études ont également été faites pour voir les **bénéfices des massages** :

L'étude réalisée par Moyle et ses collègues (2013) auprès des soignants montre l'existence d'une corrélation entre le massage des pieds et la diminution de l'anxiété chez les soignants massés. En effet, le fait de se faire masser les pieds normalise la tension artérielle. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le massage des pieds n'a pas agi sur l'humeur des soignants massés.
Une deuxième étude a été menée par Katz et ses collègues (1999) auprès du personnel soignant. Plusieurs mesures ont été prises en compte telles que l'humeur, la relaxation, la tension et la douleur. Ces mesures ont été réévaluées après un quart d'heure de massage suédois. Ce massage a permis une amélioration de l'état général de l'humeur et de la relaxation, ainsi qu'une diminution des tensions nerveuses et de la douleur.
Une troisième étude réalisée par Ruotsalainen et ses collègues (2015) a montré que les massages durant un à six mois réduisent le stress et l'anxiété chez les soignants.

Enfin, comme le prouvent les études, nous pouvons voir que les bénéfices du massage sur le bien-être des soignants sont multiples et indéniables.

6.4 Soutien psychologique

Selon Healy, S. & Tyrrell, M. (2013), le débriefing est une intervention fréquemment utilisée pour prévenir les conséquences psychologiques néfastes. D'après leur étude menée auprès des soignants qui ont eu l'opportunité de s'exprimer après une situation stressante, ils ont pu mettre en évidence que les soignants avaient de meilleures relations interpersonnelles. Suite au débriefing, ils ont objectivé que celui-ci permettait un soutien émotionnel ou psychologique et favorisait l'esprit d'équipe. Ainsi, il améliorait le bien-être physique et émotionnel des soignants qui leurs permettaient de prodiguer des soins de qualité aux patients. Petiau., A (2018) nous fait savoir que les institutions peuvent faire appel à des psychologues externes ou aux psychologues travaillant dans l'institution. Ils ont le rôle de soutenir le bien-être du personnel au travail. Leur fonction est d'écouter tout le personnel (individuellement ou collectivement) présentant un état de souffrance psychologique ou vivant une situation de crise de nature professionnelle ou privée. Outre cela, les organisations qui ne soutiennent pas psychologiquement leurs employés risquent d'avoir des conséquences qui peuvent nuire au bon fonctionnement de l'entreprise. Cela peut se manifester par des conflits entre collègues, une diminution de la productivité, une augmentation de l'absentéisme, un turn-over de personnel élevé, un risque d'accidents et d'incidents, etc.

6.5 Mindfulness

Selon Jon Kabat-Zinn (2017), le mindfulness (ou "*pleine conscience*") est « *porter attention au moment présent, volontairement, sans juger* ». Il s'agit de pratiques méditatives issues de traditions bouddhistes (Zen et Vipassana). D'après Cardosso (2004), plusieurs définitions du mindfulness existent et ont pour points communs :

- *« D'induire un état d'esprit spécifique ;*
- *D'utiliser une technique claire et définie ;*
- *De procéder via une focalisation de l'attention ;*
- *D'impliquer une relaxation musculaire dans le processus, une relaxation mentale »* (pp. 58-60).

Ainsi, selon Williams M., Teasdale J., Segal Z. & al. (2007), le mindfulness est une approche méditative qui se développe de plus en plus ces dernières années. Il permet au personnel soignant de saisir que leurs pensées reflètent plus souvent leur humeur.

La formation de mindfulness est reconnue de nos jours comme une stratégie qui permet de renforcer la résilience au stress et réduire le risque d'épuisement professionnel, du stress perçu et de l'anxiété chez les soignants. Suite à l'utilisation de cette formation, les participants ont signalé avoir une meilleure gestion de stress lors des situations stressantes. De plus, cette pratique améliore le bien-être des professionnels de la santé et la qualité des soins prodigués aux patients (Lomas, T. & ses collègues, 2019).

6.6 Le shiatsu

Parmi les « *age-old-therapy* », on retrouve le shiatsu qui est très connu dans quelques pays orientaux comme le Japon. Littéralement, **shiatsu** signifie **pression** (atsu) **des doigts** (shi) : c'est donc une stimulation du corps par les doigts et les mains.
Selon Laading I. (1998), il existe des outils simples dans les programmes de gestion du stress, tels que *« l'exercice de la marche en pleine conscience, qui conduit à éveiller certaines parties de notre corps jusqu'alors endormies ».* Ainsi, le corps et l'esprit sont solidaires et actifs, et de ce fait, vivent de la meilleure façon possible. Grâce au shiatsu, les soignants osent plus s'affirmer, s'expriment plus ouvertement et communiquent leur mal-être plus facilement (Hazif-Thomas & al., 2009).
Kleinau et ses collègues (2016) affirment que le shiatsu est utilisé à des fins physiologiques, psychosomatiques, neurologiques, psychophysiologiques ou déficiences psychosociales et permet une amélioration de la santé et du bien-être des individus.
La méta-analyse réalisée en 2016 nous révèle que la pratique de shiatsu a le potentiel de réduire les coûts de soins de santé à long terme suite à une diminution de visites chez le médecin et de ce fait conduit également à un faible taux d'absentéisme (Kleinau & al., 2016). Cette approche de médecine alternative permet de réduire les tensions musculaires, l'irritabilité, la fatigue, les problèmes de concentration et la sensibilité des individus. Long et Mackay (2003) ont également observé les effets bénéfiques du shiatsu sur le système musculosquelettique, les tensions et le stress. De plus, il vise à restaurer et maintenir l'équilibre énergétique du corps et prévient ainsi l'accumulation de stress.

Médecins et praticiens ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé ont recommandé à plusieurs reprises la pratique de shiatsu au cours des deux dernières décennies. La méthode shiatsu a été utilisée principalement dans les études cliniques disponibles pour enquêter sur les risques psychosociaux (Kleinau & al., 2016).

6.7 La musicothérapie

Selon Kapsambelis V. (1997), la musicothérapie est une méthode qui est utilisée depuis l'antiquité. Contrairement à la mélothérapie qui utilise la mélodie, la musicothérapie inclut aussi l'utilisation du rythme. La musicothérapie permet aux individus de développer leur capacité de rêver dans une atmosphère qui favorise la chaleur humaine et la relaxation (Hazif-Thomas C., Bomble C., Pintureau MT. & al., 1998). Lorsque les autres pratiques de relaxation sont insuffisantes ou impraticables, la musicothérapie permet aux individus d'avoir une bonne perception de son corps, de communiquer et de s'exprimer afin de faciliter la relation avec autrui plus aisément.
Selon Hazif et ses collègues (2009), en pratiquant la musicothérapie, les soignants se décentrent de leur milieu professionnel et réorganisent mieux leur vie intérieure.

On peut conclure selon C. Hazif-Thomas et ses collègues (2009) que *« les différentes stratégies (musicothérapie, sophrologie, shiatsu, mindfullness) permettent de réduire le stress en situation, d'augmenter les ressources personnelles et de reprendre le contrôle de soi afin de développer des stratégies de management du stress, de relaxation et de recréation de soi »* (p.251). Ces stratégies peuvent présenter des avantages significatifs pour le personnel hospitalier et leur santé. Ainsi, chaque soignant peut choisir une technique qu'il trouve personnellement utile à son bien-être. En effet, pour prendre en charge le bien-être des soignants, différentes composantes doivent être pris en compte comme : une approche cognitive, somatique, dynamique et émotive (Sallon S & al., 2016).
Les soignants qui participent à différentes stratégies comme le yoga ou la relaxation, ont pu mieux se détendre et faire face au stress. Ces stratégies ont montré des effets bénéfiques comme l'amélioration de la santé et du bien-être du personnel soignant. Elles ont également permis une meilleure productivité et une meilleure qualité du travail.

CADRE PRATIQUE

7. Méthodologie

7.1 Énoncé de la problématique

Un état des lieux de la revue de la littérature sur le bien-être au travail dans notre partie théorique, nous a permis d'avoir une vue globale sur notre thématique de bien-être des soignants (infirmiers et infirmières). Les articles scientifiques proviennent des bases de données Google Scholar, PubMed et Scopus.

D'après Gershon & al. (2007), il y a trois types de facteurs qui influencent la qualité de vie au travail : *« les caractéristiques individuelles des employés, les caractéristiques organisationnelles et les conditions de travail ».*

Or, le mal-être au travail des professionnels de santé peut entrainer des conséquences sur leur santé physique et psychologique (Lheureux et al., 2016) et aussi être répercuté sur leurs patients via une diminution de la qualité des soins administrés (Williams et al., 2007).

Afin de découvrir le ressenti des soignants et de comprendre si le bien-être de ceux-ci est pris en considération par les managers, nous mènerons une enquête qualitative au sein d'une clinique bruxelloise. Ce choix a été fait par facilité vu qu'une de nous travaille au sein de cette clinique. Dès lors, nous chercherons à faire émerger des propositions concernant les actions qui peuvent favoriser le bien-être chez le personnel soignant.

L'identification et la prévention des RPS (risques psycho-sociaux) au travail sont essentiels pour contribuer à limiter le mal-être des individus au travail (Machado, 2015).

7.2 Objectifs de recherche

<u>Objectif global</u>

L'objectif global de notre travail est de pouvoir prendre connaissance du ressenti des soignants sur leur bien-être au travail à l'aide de questionnaires semi-dirigés afin de voir si les stratégies proposées par la clinique bruxelloise sont suffisantes.

<u>Objectifs spécifiques</u>

Le but de notre recherche est d'évaluer si les stratégies existantes au sein de cette clinique sont suffisantes et conviennent aux soignants afin qu'on puisse proposer des recommandations qui permettront de favoriser le bien-être des soignants.

7.3 Questions de recherche

Ainsi notre question de recherche est la suivante : **« Comment les stratégies proposées et mises en place par l'institution (les ressources humaines et les managers comme relais) pour favoriser le bien-être des soignants sont-elles ressenties par ces derniers ?»**

Sous-questions :

1. Les soignants sont-ils satisfaits des différentes stratégies existantes ou souhaitent-ils d'autres méthodes ?
2. Les stratégies de bien-être proposées par l'institution (les managers) sont-elles adaptées et suffisantes par rapport aux attentes des soignants ou doit-on les renforcer ?
3. Y-a-t-il une concordance entre les actions mises en place par l'institution (les managers) et les attentes des soignants sur leur bien-être ?

7.4 Choix du type d'étude

7.4.1 Sélection de l'institution

Avant même de construire nos entretiens, il nous semblait important de chercher et de trouver une institution hospitalière au sein de laquelle on pouvait interviewer des soignants et des managers. Cette recherche a été facilitée par le fait qu'une de nous travaillait au sein de cette institution. Ainsi, nous avons eu la chance et l'opportunité d'entretenir avec le personnel de cette clinique.

La clinique compte 689 ETP (infirmiers/infirmières) ce qui fait environ 900 personnes (Directeur des soins, 2021).

Notre échantillon n'est pas nécessairement représentatif de l'ensemble du personnel de la clinique, celui-ci s'est constitué exclusivement sur base des critères d'inclusion et en fonction de nos désidératas, les chefs de service ont sélectionné les soignants qui répondaient à nos critères.

7.4.2 Lieu de l'étude

Les entretiens ont été réalisés au sein d'une clinique bruxelloise, ceux-ci ont été centrés d'une part sur le personnel soignant (**dix infirmiers/infirmières**) travaillant dans différents services d'hospitalisation (médecine, chirurgie et gériatrie) et d'autre part sur les différents managers de la clinique : **quatre managers d'encadrement** (un directeur des soins infirmiers, une directrice des ressources humaines, deux cadres de soins), **cinq managers de proximité** (infirmiers chefs responsables de divers services d'hospitalisation) et **deux managers transversaux** (un conseiller en prévention et une personne de confiance).

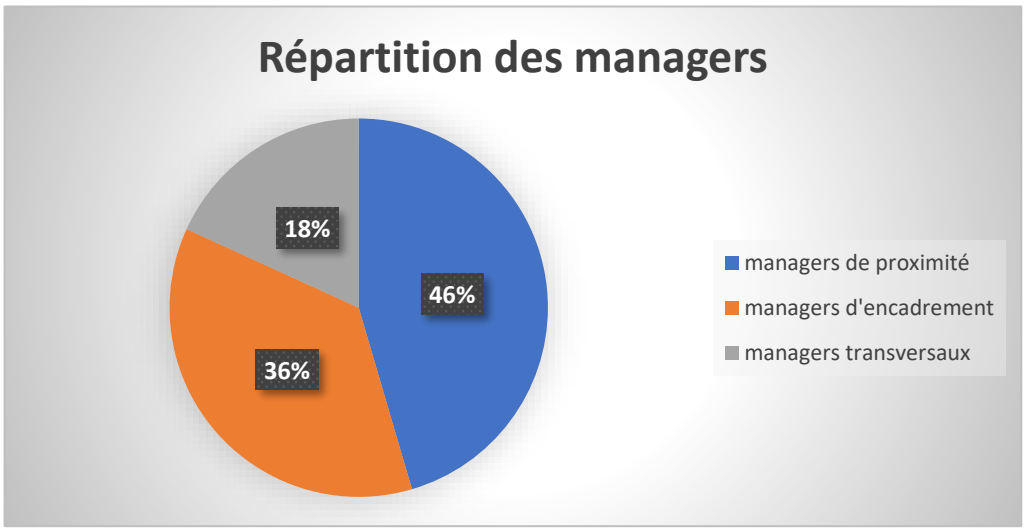

Figure 4 : Répartition des managers

7.4.3 Type d'étude

Au regard de l'objectif de notre étude, nous avons opté pour une étude qualitative effectuée à l'aide de deux guides d'entretien semi-directifs dans lesquels les relances s'inscrivent dans la continuité du discours de l'enquêté et qui laissent une liberté d'expression au répondant (Aujoulat, 2020). Étant donné que la thématique du bien-être est assez compliquée et comprend une dimension subjective, cette méthode semble être la plus adaptée afin de répondre à notre question de recherche.

Cette démarche nous permettra de recueillir des informations approfondies sur le ressenti des soignants et la représentation des managers sur le bien-être de ceux-ci. L'avantage de cette étude a été de pouvoir recueillir des informations via des soignants et des managers qui ont exprimés leurs ressentis et leurs représentations.

Afin de mener notre étude de façon judicieuse et d'avoir deux regards différents sur le bien-être, nous avons convenu de réaliser la recherche à deux échelons différents, d'une part les soignants et d'autre part les managers.
Premièrement, nous avons convenu d'interviewer parallèlement les soignants et les managers. Deuxièmement, nous avons analyser les différents entretiens individuellement grâce aux catégories prédéfinies pour ensuite identifier les différents thèmes pouvant influencer le bien-être des soignants. Pour ce faire, nous avons préféré de choisir une étude qualitative descriptive.

7.4.4 Période de l'étude

L'étude s'est déroulée auprès des soignants et auprès des managers au sein de la clinique bruxelloise de septembre 2020 à mai 2021.
Les entretiens ont été menés chez les soignants du 04 mars au 12 mars 2021 inclus et chez les managers du 03 mars au 17 mars 2021 inclus.

7.5 Échantillonnage

7.5.1 Critères d'inclusion et d'exclusion : échantillon 1 = les soignants

Critères d'inclusion :

- Être une femme ou un homme
- Être soignant (infirmier/infirmière)
- Avoir une ancienneté d'au moins un an au sein de l'institution (le temps nécessaire de prendre connaissance des différentes stratégies de l'institution)
- Travailler dans des services d'hospitalisation comme la médecine, la chirurgie et la gériatrie
- Pouvoir s'exprimer en langue française.

Critères d'exclusion :

- Toute personne n'exerçant pas en tant que soignant (infirmier/infirmière)
- Avoir une ancienneté inférieure à un an
- Travailler en dehors des services d'hospitalisation (les services médico-techniques, les urgences, les soins intensifs, la salle d'opération/stérilisation, la chirurgie de jour, la revalidation, la psychiatrie, la pédiatrie et la salle d'accouchement/maternité). Pour nous, ces services cités ne représentent pas la même charge de travail que les services d'hospitalisations choisis

- Ne pas parler le français.

7.5.2 Critères d'inclusion et d'exclusion : échantillon 2 = les managers

Critères d'inclusion

- Être une femme ou un homme
- Être manager (chef, cadre, direction), conseiller en prévention
- Avoir une ancienneté d'au moins un an au sein de l'institution (le temps nécessaire de prendre connaissance des différentes stratégies de l'institution)
- Pouvoir s'exprimer en langue française.

Critères d'exclusion

- Les managers qui n'ont pas de lien direct avec les soignants (la directrice générale, le directeur technique et leur personnel, le directeur administratif et leur personnel, le directeur médical et leur personnel).
- Avoir une ancienneté inférieure à un an
- Ne pas parler le français

7.5.3 Stratégies d'échantillonnage

Pour réaliser cette enquête, nous nous sommes basées sur les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons définis précédemment. Nous avons tout d'abord choisi les cinq services d'hospitalisation (médecine, chirurgie, gériatrie) au sein desquels nous souhaitions réaliser nos entretiens. Ensuite, nous avons contacté les cinq infirmières chefs qui nous ont aidé à sélectionner deux soignants par service.

A. Échantillon 1 : les soignants

Le recrutement des soignants a été réalisé dans les unités dont la charge de travail et le rythme de travail étaient comparables pour éviter que ce facteur ne constitue un biais par la suite. Cette sélection s'est faite sur une proportion de deux soignants par chef/service pour que ce soit plus équitable entre les unités. Les soignants ont été recrutés par l'intermédiaire des infirmières chef des unités de soins. Les chefs nous ont proposé des soignants potentiels qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Lors du premier contact sur place, nous avons d'abord présenté notre but de recherche ensuite nous avons directement fixé les dates de rendez-vous pour les rencontrer. Tous les participants contactés ont répondu positivement à notre demande.

Néanmoins, nous avons un soignant qui s'est absenté à deux reprises, ce qui nous a poussé à inclure un autre soignant dans le même service possédant les mêmes critères.
Nous pouvons constater que l'âge des personnes interrogées est situé entre 32 ans - 55 ans et la moyenne d'âge est de 41,4 ans.
L'ancienneté des soignants varie de 2 ans à 31 ans et la moyenne d'ancienneté est de 15,1 ans.

B. Échantillon 2 : les managers

Le recrutement des managers a été réalisé par mail dans lequel l'objectif de la recherche a été exposé. Après avoir eu leur approbation, les rendez-vous ont été fixés par téléphone. Au fur et à mesure de l'avancement de nos entretiens, on a trouvé judicieux d'inclure une onzième personne utile à notre recherche. Cette personne est la personne de confiance qui a été citée à plusieurs reprises par différents managers comme acteur dans le bien-être des soignants. C'est pourquoi, on a contacté celle-ci par téléphone afin de fixer un rendez-vous. Nous avons également essayé de contacter la médecine du travail par mail et par téléphone mais malheureusement, nous n'avons eu aucun retour de leur part.
Nous pouvons constater que l'âge des personnes interrogées est situé entre 31 ans - 61 ans et la moyenne d'âge est de 48,5 ans.
L'ancienneté des managers varie de 1 an à 39 ans et la moyenne d'ancienneté est de 16,5 ans.

Pour nos deux échantillons, nous avons bien précisé à l'ensemble des soignants et des managers que la participation à l'étude se faisait sur base volontaire. L'organisation des entretiens a été planifiée en collaboration avec les participants afin d'éviter de perturber leur travail.
Deux faibles échantillons de convenance ont été utilisés dans cette recherche : dix soignants d'une part et onze managers d'autre part. Vu le petit nombre de répondant ayant participé à notre recherche (échantillon réduit), on se rend bien compte que nos échantillons ne sont pas statistiquement représentatifs des soignants.

7.6 Méthode de recueil des données

Afin de répondre à notre problématique, deux guides d'entretien ont été élaborés à partir de nos questions de recherche. Ceux-ci sont essentiellement nos instruments de collecte des données qui nous serviront de support pour réaliser nos entretiens.
Pour ce faire, un cadre théorique a été antérieurement défini pour pouvoir guider notre questionnaire sur différentes catégories prédéfinies à aborder.

7.6.1 Guides d'entretien

Nos guides d'entretien ont été construits à partir d'une revue de la littérature et de nos expériences professionnelles.

Afin d'enrichir nos guides, nous avons pris en compte plusieurs thèmes autour du bien-être au travail.

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

Nos guides d'entretien abordent différents thèmes et se présentent comme suit :

- Une présentation personnelle expliquant notre démarche ;
- Des questions générales sur la personne interviewée afin de mieux identifier notre interlocuteur tout en respectant l'anonymat de celui-ci ;
- Des questions spécifiques ont été abordées sur certaines catégories prédéfinies orientées sur :
    - La qualité de vie au travail,
    - Le bien-être,
    - Le stress,
    - Les stratégies de bien-être,
    - Les moyens de communication,
    - Les projets de bien-être ;
- Et enfin une conclusion où on leur laisse la possibilité d'ajouter des commentaires et/ou des suggestions.

Nos deux guides d'entretien se trouvent en annexe.

7.6.2 Déroulement des entretiens

L'entièreté de nos entretiens a eu lieu au sein de la clinique bruxelloise. L'endroit précis où a eu lieu l'entretien ainsi que la date et l'heure du rendez-vous ont été laissés à la convenance de la personne interrogée. La durée moyenne des entretiens a été de 32 minutes pour l'échantillon 1 et de 31 minutes pour l'échantillon 2.

Tous les entretiens ont eu lieu dans le service où travaille la personne interrogée dans un bureau au calme, dans une chambre de patient vide, dans une cuisine ou encore dans une salle de séjour. On s'est organisé de sorte que les entretiens se déroulent dans de bonnes conditions (respect des règles sanitaires, calme, propreté, luminosité adéquate, etc.).

Au départ de nos entretiens, nous nous sommes succinctement présentées à la personne interrogée. Par la suite, nous avons expliqué que notre recherche était menée dans le projet de notre mémoire en sciences de la santé publique. Après cette présentation, nous lui avons fait savoir que les données collectées seraient utilisées de manière strictement confidentielle. Le participant a été prévenu que pour une facilité d'analyse et de retranscription, l'entretien serait enregistré. Nous avons demandé au participant s'il avait des questions préalables à l'entrevue. Celui-ci a également été informé qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses, qu'il pouvait répondre à sa guise. Avant l'enregistrement, nous avons également demandé le consentement oral du participant. L'interrogé a été mis au courant qu'il pouvait interrompre l'entretien à tout moment s'il en ressentait le besoin.

Durant les entretiens, nous avons eu quelques interruptions suite à des appels téléphoniques ou des personnes rentrant dans la pièce. Quand celles-ci se produisaient, les enregistrements ont été interrompus dans un souci de confidentialité.

Après la dernière question, le participant avait encore l'occasion de s'exprimer et d'ajouter des commentaires ou des suggestions.

La totalité des interviews a été réalisée durant les heures de travail des participants.

Tableaux récapitulatifs des personnes interrogées :

Les soignants

Interview	Sexe	Age	Fonction	Ancienneté	Date	Durée	Lieu
N° 1	F	42 ans	Soignant	11 ans	04/03	50’55	Chambre vide du patient
N° 2	F	55 ans	Soignant	30 ans	04/03	37’55	Chambre vide du patient
N° 3	F	47 ans	Soignant	25 ans	08/03	16’39	Chambre vide du patient
N° 4	F	40 ans	Soignant	14 ans	08/03	42’26	Salle de séjour
N° 5	H	32 ans	Soignant	07 ans	09/03	30’33	Bureau de la chef
N° 6	F	37 ans	Soignant	14 ans	10/03	24’57	Bureau de la chef
N° 7	H	37 ans	Soignant	06 ans	10/03	37’17	Chambre vide du patient
N° 8	F	39 ans	Soignant	11 ans	10/03	38’28	Salle de séjour
N° 9	F	32 ans	Soignant	02 ans	12/03	24’ 36	Cuisine du service
N° 10	F	53 ans	Soignant	31 ans	12/03	21’57	Bureau de la chef

Table 1: Echantillon 1 : les soignants

Les managers

Interview	Sexe	Age	Fonction	Ancienneté	Date	Durée	Lieu
N° 1	F	61 ans	Manager de proximité	39 ans	03/03	20’27	Bureau du manager
N° 2	H	52 ans	Manager d’encadrement	32 ans	03/03	69’22	Bureau du manager
N° 3	F	42 ans	Manager de proximité	20 ans	04/03	37’00	Bureau du manager
N° 4	F	43 ans	Manager de proximité	21 ans	04/03	30’28	Bureau du manager
N° 5	F	54 ans	Manager d’encadrement	12 ans	04/03	28’33	Bureau du manager
N° 6	F	57 ans	Manager de proximité	36 ans	08/03	57’05	Bureau du manager
N° 7	F	31 ans	Manager transversal	03 ans	08/03	17’33	Bureau du manager
N° 8	F	58 ans	Manager d’encadrement	20 ans	09/03	15’20	Bureau du manager
N° 9	F	49 ans	Manager de proximité	01 an	10/03	13’00	Bureau du manager
N° 10	F	40 ans	Manager transversal	15 ans	11/03	41’27	Bureau du manager
N° 11	F	46 ans	Manager d’encadrement	01 an	17/03	20’23	Bureau du manager

Table 2: Echantillon 2: les managers

7.7 Analyse des données

Dans un premier temps, nos entretiens ont été enregistrés via un smartphone pour ensuite faire l'objet d'une retranscription intégrale.
Dans un deuxième temps, nous avons commencé à lire individuellement l'ensemble des entretiens afin d'analyser les résultats.
Dans un troisième temps, nous avons fait émerger des thèmes afin d'identifier les éléments essentiels et nous avons rassemblé les résultats sans interprétation.
Ensuite, nous avons mis en évidence les thèmes les plus pertinents qui sont en lien avec notre problématique. Par la suite, nous avons relevé les thèmes qui se répétaient d'un entretien à l'autre. Pour terminer, nous avons retenu tous les éléments qui se rejoignaient, se complétaient ou se contredisaient.
Notre recherche entre le recueil des données et l'analyse des entretiens, nous a permis d'approfondir les thèmes les plus souvent abordés par les participants.
Afin de respecter la confidentialité, les extraits les plus appropriés seront uniquement énoncés pour la résolution de notre problématique.
En cas de recherche plus approfondie, la retranscription intégrale des entretiens peut être fournie sur demande.

7.8 Considérations éthiques

Afin de mener notre étude, nous avons sollicité l'avis du Comité d'éthique expérimentations humaines de la clinique bruxelloise à la date du 17 février 2021. Nous avons participé à la défense de notre projet le 24 février 2021 lors de la réunion du comité d'éthique. Le premier mars, nous avons eu l'accord favorable oralement de la présidente. Cependant, on nous a conseillées de faire quelques modifications afin de respecter les données personnelles des participants. Nous ne pouvions pas citer le service dans lequel travaillent ceux-ci et la fonction exacte des managers. Après avoir eu l'accord oral du comité d'éthique,
nous avons interviewé les personnes sur base de leur consentement verbal. Nous avons obtenu une réponse officielle le 8 mars 2021.

8. Résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats de nos entretiens réalisés d'une part auprès des soignants et d'autre part auprès des managers. Tout d'abord, nous décrirons individuellement les caractéristiques de nos échantillons. Ensuite, afin de répondre aux questions de recherche définies antérieurement, nous analyserons séparément nos deux échantillons avec les six thématiques prédéfinies qui sont : la **qualité de vie au travail**, le **bien-être**, le **stress**, les **stratégies de bien-être**, l'**accès et transmission des informations** et les **projets de bien-être**. Pour les soignants ces thématiques concernent leur vécu or que pour les managers, elles concernent l'accompagnement du bien-être des soignants. Donc, on comprendra comment ce bien-être est perçu par les soignants et comment les managers mettent en pratique l'accompagnement.

8.1 Echantillon 1 : les soignants

Nous avons regroupé les caractéristiques de nos soignants sous la forme d'un tableau.

Taille de l'échantillon N = 10		
Variables		
Genre		
	Femme	**8**
	Homme	**2**
Tranche d'âge		
	30-40	**6**
	41-50	**3**
	51-60	**1**
Ancienneté		
	1-10	**3**
	11-20	**4**
	21-30	**2**
	31-40	**1**

Table 3 : Caractéristiques de l'échantillon 1

8.1.1 Qualité de vie au travail

Dans cette rubrique, nous avons identifié 2 thèmes prédéfinis lors du recueil des données. Ils ont été décrits comme faisant partie de la qualité de vie au travail, il s'agit du **ressenti au travail** et de la **reconnaissance**.

Ressenti au travail

La totalité des soignants ont parlé d'une **charge de travail** soutenue et/ou un **rythme de travail** effréné. Ils décrivent leur charge de travail assez lourde et importante. Certains ajoutent également que celle-ci s'est intensifiée depuis le début de la pandémie.

E1 : « Il y a des moments où ça n'arrête pas (…) Il y a des moments où on n'a même pas le temps de boire un verre d'eau (…) Dans ce service, donc c'est tous des cas qui sont quand même lourds. »

E2 : « Je trouve qu'il y a beaucoup de pression (…) pression par rapport à la surcharge du travail (…) Il y a des moments où on est overbookés. Il y a beaucoup de travail et bon on fait quand même aller (…) là en ce moment, c'est un rythme beaucoup plus accéléré. »

E6 : « Je dirais que je suis fatiguée au travail. (…) Vraiment pas juste une fatigue on va dire euh une fatigue physique due à la charge de travail mais une fatigue psychologique aussi vraiment avec la charge de travail, le stress, c'est un mélange de tout en fait. (…) je vais dire qu'elle peut être très lourde (…) ».

Six d'entre eux avancent qu'il y a une **pénurie de personnel** au sein de leur service et quatre d'entre eux n'ont pas abordé ce sujet.

E3 : « On est quand même un petit peu moins de personnel qu'avant, tout doit aller vite (…) Parfois il y a des journées où il y a tellement de patients et qu'on n'est pas assez de personnel. »

E4 : « on trouve, mes collègues et moi qu'on est moins staffés (…) Travailler à 3 l'après-midi, c'est lourd (…) ».

E7 : « (…) la charge ne le permet pas, la charge du travail et des fois le manque du personnel. (…) c'est la première fois qu'elle fait appel à des intérimaires. »

Malgré une charge de travail importante pour la totalité des soignants, il y a deux soignants qui **se sentent bien au travail**.

E3 : « Apaisée, bien (…) Je pense que j'ai trouvé mon lieu de travail qui est en adéquation avec ma vie, ma vie à la maison (…) ».

E8 : « (…) ça va parce que moi j'aime bien le service, j'ai fait la spécialisation pour travailler ici. »

Reconnaissance

L'entièreté des soignants interrogés annonce qu'ils sont bien **entendus, considérés et écoutés** par leur chef, leurs collègues ainsi qu'avec les médecins avec lesquels ils travaillent.

E5 : « La chef est très à l'écoute, les médecins aussi. (…) ce sont des mots de reconnaissance, on demande si ça va, on nomme aussi si c'est bien fait, on vous félicite. Et si on a mal fait les choses, j'ai toujours l'impression que c'était avec une critique constructive (…) C'est gratifiant quand même. »

E6 : « (…) la chef, c'est quelqu'un d'assez à l'écoute. On peut sans problème aller la trouver et lui dire quand ça va et quand ça ne va pas, de pouvoir discuter avec elle. En tout cas, pour ma part, je me sens entendue par les médecins. Ils sont souvent ouverts à la discussion. Les collègues aussi, on sait en tout cas discuter entre nous. Là, j'ai vraiment l'impression d'être prise en considération en tout cas. »

E7 : « On se sent bien considéré par notre chef (…) Entre nous, on essaie toujours de se serrer les coudes, oui on a vraiment un bon esprit d'équipe (…) je me rappelle que le médecin nous a vraiment félicités. »

La moitié des soignants qui sont reconnus nous font savoir qu'ils sont **plus motivés** à venir travailler et qu'il y a une **meilleure prise en charge** du patient.

E5 : « Je pense que c'était important aussi pour contenter le personnel ou pour créer une bonne ambiance au sein de l'équipe, pour faire en sorte que la personne se sente bien et motivée dans son travail. »

E7 : « un patient qui n'était vraiment pas bien, il avait plein de plaies, on s'est tous entraidés pour donner des soins de qualité ce qui nous a permis une meilleure prise en charge du patient. »

Un soignant qui se sent reconnu souhaiterait plus de reconnaissance afin d'avoir plus de **contentement** pour venir travailler.

E10 : « Le fait qu'on soit reconnu, je pense que si on avait un peu plus de reconnaissance, on viendrait avec plus de plaisir pour travailler. »

Par contre, la moitié des soignants nous déclarent qu'ils ne sont **pas pris en considération** et **pas entendus** par la hiérarchie.

E6 : « La direction, par contre je n'ai pas trop l'impression d'être entendue par eux. Je ne sais pas s'ils se rendent compte toujours de ce qui se passe dans les services et de comment on vit les choses. J'ai parfois l'impression que quand on leur dit quelque chose, ils disent « oui oui » mais est-ce qu'on a vraiment été entendus ? Par contre pour ça j'ai quand même un doute. »

E7 : « (…) mais de la hiérarchie, on ne se sent pas vraiment bien soutenus ou des fois on se pose la question : est-ce qu'ils sont au courant de la charge, de ce qu'on est en train de faire, de comment on est en train de soigner ? »

E9 : « Alors je pense qu'on n'est pas vraiment entendus. Et je ressens de plus en plus qu'on est des comment dire, qu'on est des numéros pour la direction. »

8.1.2 Bien-être

Dans cette rubrique-ci, nous avons abordé 3 thèmes qui sont la **représentation**, les **éléments perturbateurs** et l'**image du bien-être**.

Représentation

La totalité des soignants décrit le bien-être au travail comme un **épanouissement** et/ou un **équilibre** entre le corps et l'esprit et/ou une **prospérité**.

E1 : « le bien-être pour moi c'est être heureuse de venir travailler, être satisfaite. (…) Avoir des moments d'échanges, de rigoler, l'ambiance ».

E3 : « Je dirais l'épanouissement au travail. (…) si tu es épanouie au travail, tu es épanouie dans ta vie personnelle. »

E8 : « Pour moi bien être ça évoque une stabilité émotionnelle. Enfin les 2, une stabilité physique et psychologique. »

Parmi tous les soignants, quatre d'entre eux nous révèlent que le bien-être ce n'est pas de venir travailler avec un **sentiment d'angoisse**.

E1 : « (…) avoir du plaisir à venir travailler sans m'inquiéter (…) ».

E2 : « Le bien-être pour moi c'est ne pas venir travailler avec des pieds de plomb. »

E7 : « C'est venir au travail avec plaisir et pas avec une boule dans le ventre. »

Néanmoins, pour deux des soignants, le bien-être c'est avoir les **compétences** pour bien prendre en charge les patients.

E4 : « Je pense d'abord à la compétence càd avoir une bonne formation et suivre des formations (…) c'est aussi une bonne prise en charge de la douleur. »

E7 : « C'est être serein avec (…) mon savoir et mon savoir-faire, c'est à dire je dois me sentir bien, en sécurité et en confiance. »

<u>Eléments perturbateurs du bien-être</u>

Quand on interroge les soignants sur les différents points qui pourraient entraver leur bien-être, ils évoquent tous qu'une **mauvaise ambiance** avec les collègues et médecins est défavorable à celui-ci.

E4 : « S'il n'y a pas de bonne entente ou des conflits entre collègues, ça peut toucher mon bien-être au travail, personne n'aimerait venir travailler dans une mauvaise ambiance (…) donc la division entre les médecins et les infirmières est un élément qui impacte aussi mon bien-être (…) ».

E5 : « Peut-être des difficultés dans l'équipe, des discussions avec les collègues, les relations difficiles, des tensions de temps de temps dans l'équipe (…) les conflits entre collègues, c'est quelque chose pour laquelle je suis sensible (…) Oh, je pense aussi à la charge de travail, sûrement. »

E9 : « Oui, ce serait les conflits entre collègues peut être (…) Une bonne entente entre collègue est primordiale aussi pour être bien au travail, on les voit tous les jours, parfois plus que la famille. Je n'aimerais pas venir travailler avec des plombs aux pieds tous les jours. S'il y une bonne entente et une collégialité, c'est gai de venir de travailler (…) ».

Pour quatre soignants, la **charge de travail** a également été évoquée comme élément perturbateur de bien-être au travail.

E1 : « Je dirais en numéro 1, la charge de travail. Si j'ai eu une grosse charge de travail, je rentre chez moi je suis fatiguée, je suis épuisée et je suis plus bonne à rien pour la suite ».

E9 : « (…) si je sens que je suis trop tirée dans tous les côtés suite à la charge de travail (…) ».

Un des soignants nous fait savoir que le fait de ne **pas être reconnu** par la hiérarchie peut également nuire au bien-être des soignants.

E8 : « Oh, la direction, moi je n'ai pas l'impression qu'ils existent (…) si on a une chef qui n'est pas à l'écoute, qui ne respecte pas nos opinions aussi (…) ça peut impacter négativement le bien-être (…) ».

<u>Image</u>

Plus de la moitié des soignants nous révèlent une image de **la nature ou du beau temps** pour décrire le bien-être.

E1 : « le soleil. »

E2 : « le beau temps. »

E5 : « (…) la plage avec du soleil pour moi représente le bien-être.»

E7 : « une forêt verte. »

E8 : « Un cours d'eau comme ça paisible (…) ».

E9 : « L'image du bien-être pour moi, c'est le beau temps et le temps de prendre le temps. »

E10 : « Honnêtement pour moi, c'est le soleil et la plage. »

Deux des soignants parlent de **sourire** et des **visages** des gens qu'ils aiment.

E3 : « Le sourire, oui le sourire est l'image du bien-être pour moi. »

E4 : « (…) les visages des gens que j'aime. »

Une des soignants signale qu'elle n'a aucune image qu'il lui vient en tête quand on parle de bien-être.

E6 : « Je n'ai aucune image qui me vient en tête (…) ».

8.1.3 Stress

Lors de la création de cette troisième rubrique, nous avons identifié 5 thèmes suivants : les **éléments provocateurs**, le **ressenti**, la **gestion**, l'**expression** et l'**absentéisme**.

Tous les soignants affirment avoir été confrontés à de multiples situations de stress durant leur travail.

<u>Eléments provocateurs de stress</u>

Nous pouvons remarquer qu'il y a différents éléments rapportés en lien avec le stress selon chaque soignant interviewé.

Sept soignants nous font savoir que les éléments qui provoquent du stress au sein de leur travail sont surtout l'**agressivité des patients** et l'**agressivité de la famille** envers le personnel soignant.

E6 : « (…) la gestion des familles donc ça, ça engendre beaucoup de stress. (…) alors on a des conflits avec certains patients, des familles qui ne comprennent pas toujours en tout cas le pourquoi de l'hospitalisation, pourquoi tel traitement et on est menacés, insultés parfois frappés, ça met beaucoup de stress. »

E10 : « Quand il y a de l'agressivité là, les patients envers les collègues, oui ça me stresse énormément. Quand la famille des patients ne nous respecte pas, c'est difficile aussi. On s'est déjà fait plusieurs fois attaqués. C'est certain que ça arrive plus verbalement mais physiquement aussi, il y a oui, il y a eu des collègues qui ont eu des coups et qui ont même dû s'absenter après tellement c'était violent. »

Sept soignants trouvent que les **situations d'urgence** comme l'**ARCA** (arrêt cardio-respiratoire) et le **décès** des patients sont également des situations stressantes.

E1 : « on a dû la réanimer, c'était l'urgence, c'était vraiment stressant. (…) La mort d'une patiente jeune (…) ».

E6 : Tous les morts que nous on a vus ici. Donc toutes les fins de vie qu'on a dans le service, ça aussi c'est une situation de stress. »

E9 : « (…) d'annoncer le décès d'un proche, c'était stressant quand même. (…) Le fait de pouvoir prendre en charge la famille des patients lors de décès, les accompagner, les écouter et essayer de leur expliquer. Non seulement on est stressés par les décès mais à cela s'ajoute la gestion de la famille. (…) ».

Six soignants pensent au **manque d'effectif**, à la **charge de travail** et aux **conflits entre collègues** comme éléments provocateurs de stress.

E2 : « Généralement, des situations de stress quand j'ai beaucoup de travail et pas suffisamment d'aide. »

E7 : « Euh, de stress… déjà avec la charge de travail des fois, voilà on s'est trouvés à peu d'effectif et on devait faire plein d'actes et la journée était vraiment énorme (…) euh un climat tendu entre collègues, ça me stresse aussi ».

Un soignant nous fait également savoir que le **changement** a aussi été une situation de stress pour lui.

E7 : « Le changement, ça nous a tous stressés, on a même été écoutés par cette psychologue. Ça aussi, c'était une situation stressante pour moi, je l'avais oubliée celle-là.

Le fait qu'on ne s'attendait pas à fermer ce service et c'est venu comme ça, d'un jour à l'autre que voilà on a décidé de fermer ce service. »

Un autre soignant, nous parle également de la **souffrance du patient** et le fait qu'il ne soit **pas reconnu par les médecins.**

E4 : « La situation que j'ai expliquée tout à l'heure avec la souffrance du patient (…) souvent les médecins vont voir la chef et passent des informations et puis on vous informe comme ça. Moi, je subis cette situation. C'est comme si je n'existais pas. C'est moi qui vois le patient mais c'est une autre personne qui fait le rapport (…) ».

<u>Ressenti</u>

Le ressenti des soignants face à des situations stressantes est perçu en général comme des **sentiments défavorables** et **malfaisants**.

Quelques soignants parlent de leur **irritation** face au stress.

E3 : « (…) lorsqu'on stresse, on s'énerve un petit peu. Oui, je dirais surtout de l'énervement. »

E4 : « Quand je suis stressé, je me sens en colère, oui en colère ! on est en colère et on est frustrés. »

E5 : « Je me suis senti fâché lors des agressions. »

D'autres parlent de **frustration**.

E1 : « Lors d'un ARCA, c'est frustrant au moment même parce qu'on n'avait pas réussi à sauver la patiente (…) ».

E10 : « Quand on se fait agresser (…) c'est compliqué parce qu'on se sent très mal parce qu'on a peur pour soi (…) on se sent vraiment très mal et frustrés (…) ».

Certains nous font part également de leur **anxiété**.

E7 : « Suite aux conflits avec les collègues, je ne me sens pas bien (…) j'ai de l'angoisse, j'ai peur (…) ».

E8 : « Beh quand ça ne va pas avec la famille des patients (…) je me sens surmenée et anxieuse. »

Par contre, d'autres nous parlent de **tristesse**, de **peur**, d'**impuissance**, d'**être incompris** et **dépassé**.

E2 : « Donc c'est un peu ce manque de respect quelques fois de la part de la famille (…) je me suis sentie incomprise (…) mon ressenti, c'est que je suis dépassée. »

E5 : « (…) certainement si c'est un décès où la famille est présente (…) ce sont des moments de stress (…) la tristesse, des situations de stress remplies d'émotion (…) ce n'est pas la première fois que j'ose pleurer ici., je peux me sentir très triste (…) ».

E7 : « Je ne me sens pas bien quand j'ai des conflits avec mes collègues (…) j'ai de l'angoisse quand c'est comme ça, j'ai peur. »

E9 : « (…) d'annoncer le décès d'un proche, c'était stressant quand même (…) L'impuissance parce que du coup, on se dit : « on ne peut rien n'y faire quoi, c'est de la culpabilité quand même. »

Gestion

Les 7 soignants de notre échantillon nous communiquent comme moyens de gestion de stress : **l'écoute et les groupes de paroles**. L'écoute entre collègues, avec la chef, la personne de confiance ou le psychologue.

E5 : « Oh l'agression a été vraiment gérée entre collègues, on a appelé le gardien, on a parlé à la chef (…) Je connais la personne de confiance, j'ai fait 2 fois appel à cette dame. Honnêtement (…) avec la psychologue de l'étage, de temps en temps mais ça c'est surtout parce que j'ai un bon contact avec la psychologue. »

E7 : « J'essaie de discuter avec quelqu'un comme mes collègues ou ma chef, aérer un petit peu mon cerveau (…) Il y a un psychologue voilà, qui est à l'écoute pour toute situation. J'ai rencontré cette psychologue après cette situation de stress suite au changement. »

Sept soignants ont des techniques propres à eux afin de gérer leur stress au travail. Ces **différentes techniques** sont : écouter de la musique, faire du sport, rigoler, prier, etc.

E1 : « J'ai plusieurs petites techniques (…) Soit de chanter pour me détendre euh, soit rigoler, je trouve une connerie, une bêtise pour rigoler pour que ça me détende. Penser à ma respiration, je ne prends pas le temps de respirer correctement alors quand je suis en situation de stress je me dis qu'il faut que je prenne 5 secondes pour respirer profondément et revoir les choses autrement. »

E5 : « Moi c'est souvent la musique qui aide (…) ou une douche aussi. Ça me détend quoi. »

E6 : En disant ce que j'ai à dire, en râlant une bonne fois. Ça me permet de me sentir plus légère. (…) mais je vais courir avec des amis. C'était très bien ça. Ça vide la tête hein, voilà.

E7 : J'essaie de me calmer, de parler à la personne concernée. J'essaie de trouver la solution immédiate et j'essaie de reprendre tout de suite un bon climat collégial. »

E9 : « (…) on ne gère pas, on y fait juste face. On assume la situation. Moi je suis quelqu'un qui relativise beaucoup (…) moi je fais beaucoup de footing, donc je cours beaucoup et ça fait du bien. Et oui des étirements, j'en fais beaucoup aussi. Ça m'aide à gérer le stress. »

E10 : « Simplement en laissant passer. Le temps m'aide à gérer le stress (…) La prière m'aide à faire face. (…) quand je suis face à une situation de stress, je prie Dieu. »

Trois d'entre eux font **appel à la sécurité** lors de situations stressantes comme l'agressivité.

E2 : « (…) je peux faire appel à la sécurité lors des agressions. »

E5 : « Oh l'agression a été vraiment gérée entre collègues, on a appelé le gardien (…). »

Expression

La majorité des soignants a eu l'**opportunité de parler** à quelqu'un de leur ressenti face au stress. La plupart a pu s'exprimer aux collègues/chefs et aux psychologues. Une minorité s'est plutôt confiée à leur conjoint et à la personne de confiance.

E8 : « On a des réunions d'équipe comme ça où on parle des cas ou des situations justement stressantes (…) ».

E5 : « (…) suite à une situation stressante (…) j'ai pris contact avec la personne de confiance. »

E10 : « Ma chef ou bien certains de mes collègues avec qui je m'entends bien. Mais généralement, je rentre à la maison et je me confie à mon mari et puis c'est résolu. »

Absentéisme

La plupart des soignants entendue ne se sont **pas absentés** suite à une situation stressante. Cependant, l'un d'entre eux **s'est absenté** durant 3 mois suite au stress.

E1 : « la psychothérapeute m'a aussi dit qu'en fait bien que j'ai eu cette douleur physique qui était présente, qui était réelle mais il ne faut pas oublier que cette douleur est arrivée juste après la réanimation et que toute cette pression que j'ai eu au moment même de la réanimation, en fait s'est répercutée, mon psychologique s'est répercuté sur mon somatique aussi (…) oui, suite à ça, je me suis absentée durant 3 mois. »

8.1.4 Stratégies de bien-être

Lors des entretiens, les soignants ont été invités à émettre leurs opinions sur les différents dispositifs existants au sein de leur institution.

Les 7 principaux thèmes abordés sont les suivants : les **formations**, les **outils**, les **acteurs impliqués**, la **participation**, les **bénéfices**, l'**organisation des stratégies** et la **suffisance**.

Par stratégies, on entend : les formations, les outils et les acteurs impliqués dans le bien-être.

Formations

En effet, quatre soignants ont déjà participé à une formation organisée par l'institution. Ce sont des formations qui concernent la **communication non-violente**, la **gestion de stress** et la **gestion de l'agressivité**.

E1 : « j'ai suivi une formation de 3 jours sur comment on appelle ça … sur la communication non- violente par rapport au patient ».

E8 : « (…) j'ai fait une formation sur l'agressivité parce qu'à ce moment-là c'était justement quand on n'était pas bien, avec les médecins et l'ancienne chef et l'équipe ».

E10 : « (…) on a eu la formation de gestion de stress pour apprendre à gérer notre stress ».

Outils

Deux outils sont principalement connus par six soignants : la **sophrologie** et le **massage**.

E1 : « Je suis au courant qu'il y a les cours de sophrologie mais honnêtement je n'ai jamais eu l'occasion de m'inscrire. »

E2 : « Je voudrais juste rajouter par rapport au bien-être du soignant que l'institution a mis en place des séances de massages, des possibilités de massages (…) j'ai trouvé ça très intéressant (…) ».

Deux soignants parmi les six nous informent également de l'existence de certains outils comme des **lunettes virtuelles**, une **balance** et une **salle de sport**.

E3 : « Il y a les lunettes virtuelles (…) Il y avait de la gymnastique là, aussi à la salle de kiné. Oui je pense qu'il y avait du sport (…) ».

E4 : « (…) une balance pour voir la masse musculaire, la masse graisseuse pour nous aider à commencer le sport. »

Cependant, il y a quand même 4 soignants qui déclarent **ne pas être au courant** des différents outils existants dans la clinique.

E6 : « Non plus, je ne sais même pas si la clinique a fait un service spécial pour ça, non ! Est-ce qu'ils ont eux-mêmes créé des ateliers pour ça ? Franchement, je ne sais pas ! Honnêtement, s'il y en a, je n'en ai pour ma part jamais entendu parler. »

E8 : « Peut-être que ça doit exister mais je n'ai pas connaissance, je n'ai jamais cherché à savoir, (…) et on nous en a pas parlé non plus. Donc franchement je ne connais pas. »

Acteurs impliqués

La totalité des soignants entendue, nous notifie comme acteurs surtout la **psychologue**, la **chef de service** et les **collègues**.

E2 : « Le premier contact pour moi, c'est la chef si elle est là, mes collègues si la chef n'est pas là ou vice-versa. Normalement, ils nous proposent quand il y a un stress de parler à la psychologue. »

E10 : « Oui, il y a une psychologue. Oui en cas de burn-out, en cas de mal-être et tout ça. Peut-être ma chef ou bien, oui certains de mes collègues avec qui je m'entends très bien. »

Il y a aussi un soignant qui évoque la **personne de confiance** dont il a eu un contact à deux reprises et les **personnes du syndicat**.

E5 : « (…) Je connais la personne de confiance, j'ai fait 2 fois appel à cette dame (…) Je me rappelle d'un cas une fois que j'ai même fait appel aux collègues qui sont dans le syndicat. »

Participation

Comme dit précédemment sur les dix personnes interrogées, **quatre d'entre elles** ont participé à une **formation** soit sur la communication non violente (2), soit sur la gestion de stress (1), soit sur l'agressivité (1).

Parmi ces dix personnes, **six d'entre elles** ont déjà participé à une rencontre en équipe avec un **psychologue**.

Nous pouvons constater qu'**aucun soignant** n'a participé à l'un ou l'autre outil.

E1 : « (…) je suis au courant qu'il y a les cours de sophrologie mais honnêtement je n'ai jamais eu l'occasion de m'inscrire parce que bon voilà ça tombait mal dans mon planning (…) ».

E2 : « Moi, je n'ai pas participé parce que les heures ne me convenaient pas, en général c'est le matin lors des soins. »

Bénéfices

Le débriefing avec les psychologues et la participation à différentes formations ont été **bénéfiques** pour tous les soignants (9) qui ont participé à ces derniers.

> E1 : « c'était très intéressant, très enrichissant (…) l'échange donc on a pu échanger sur ce qu'on vit sur le terrain (…) des petites techniques parce qu'il y a des techniques de comment gérer l'agressivité sans la prendre forcément sur soi-même. »

> E4 : « Le fait de se faire écouter, qu'on a engagé quelqu'un pour nous c'était déjà appréciable. »

> E8 : « Je peux dire oui parce que j'avais apprécié (…) j'ai beaucoup appris sur les interprétations parce qu'il a beaucoup insisté dessus, la manière dont les choses sont interprétées, c'est parfois deux extrémités quoi. »

Parmi les soignants interrogés, l'un d'entre eux nous informe que ça lui apprend à **ne pas culpabiliser.**

> E10 : « En fait de pas se sentir responsable et culpabiliser. J'ai appris à ne pas culpabiliser pour chaque conflit. »

Un des soignants nous informe également que la participation à la formation sur la communication non-violente lui a permis de faire **un travail sur lui-même**.

> E1 : « Cette formation m'a aussi permis de voir les choses autrement, de voir l'agressivité des patients autrement et de faire aussi en partie un travail sur moi-même. »

Néanmoins, un soignant n'a **jamais participé** à une formation ou fait appel à un psychologue.

> E3 : « Je n'en ai vraiment pas besoin, non. Le fait de discuter avec mes collègues et mes chefs me suffit. Je n'ai pas besoin de plus, enfin pas pour l'instant. »

Organisations des stratégies

Les quatre soignants qui ont participé aux différentes formations nous informent que celles-ci sont organisées **pendant leurs heures de travail au sein de la clinique** et ils ajoutent également que l'organisation et les circonstances de celles-ci étaient à leur **convenance**.

E1 : « Dans l'hôpital, c'est à dire que j'ai suivi une formation de 2 jours sur la communication non violente par rapport au patient (…) C'est quelqu'un qui est chargé, spécialisé dans la communication non violente qui nous a formés. »

E2 : « C'était deux jours, on commençait à 8h et on terminait à 15h avec un temps de repos à midi (…) C'était au sein de l'hôpital, donnée pendant nos heures de travail, c'est à dire sur le lieu de travail. »

E10 : « Honnêtement, le fait que ce soit dans la clinique et pendant les heures de travail, c'était très bien ! Tout me convenait. »

Néanmoins, deux soignants nous font remarquer qu'ils auraient bien voulu participer à la sophrologie et aux massages mais les **horaires ne les arrangeaient pas**.

E1 : (…) j'aurais bien voulu suivre la formation de sophrologie mais bon voilà le timing ne me correspondait pas (…) Les jours où il y avait la formation de sophrologie, c'était les jours où je n'étais pas disponible car j'étais en récupération. »

E2 : « Moi, je n'ai pas participé parce que les heures ne me convenaient pas, en général c'est le matin lors des soins. »

Un des soignants nous dit aussi qu'il aurait bien voulu participer à la formation de gestion de stress mais il n'a **pas été mis au courant**.

E7 : « Il y a eu une formation de gestion de stress mais je n'ai pas été informé donc je n'ai pas pu participer. Donc ça, c'est une stratégie qui existe mais je ne sais pas où elle a été faite parce que ça me revient maintenant, il y a des collègues qui l'ont vu mais moi je n'ai pas vu l'info passer. C'est juste quelqu'un qui m'a dit, ah oui il y a eu une formation. »

Lors des entretiens, les soignants n'ont pas abordé l'organisation des rencontres avec les psychologues.

<u>Suffisance</u>

Parmi les soignants interrogés, cinq d'entre eux estiment que les stratégies existantes au sein de la clinique sont **insuffisantes** pour être bien au travail et qu'ils désirent la mise en place de stratégies supplémentaires.

Un des soignants parmi ces cinq nous soulève le problème de sous-effectif et associe la mise en place de nouvelles stratégies à l'engagement du **personnel en suffisance**.

> E1 : « Pour le bien-être, il y a mieux. Pourquoi je dis ça, parce qu'avant de venir ici, moi j'ai travaillé à l'hôpital Y, et là vraiment on mettait beaucoup plus de choses en place pour le bien-être du personnel qu'ici. Donc ce qui existe ici n'est pas assez. »

> E2 : « Euh je pense que ce n'est pas suffisant, la meilleure stratégie c'est d'avoir du personnel mais ça reste une denrée rare. On a beau mettre des stratégies mais si on est en sous-effectif ça ne réglera pas le problème. »

Deux d'entre eux estiment qu'elles sont **suffisantes** pour leur bien-être.

> E3 : « Pour moi, oui (…) il y a quand même pas mal de choses qui sont mises en place. Déjà le simple fait qu'une psychologue soit disponible, je trouve ça déjà bien. »

Les trois soignants qui ne sont pas au courant de la totalité des stratégies n'arrivent pas à répondre à la question. Ces trois personnes ne connaissent aucun outil.

> E6 : « Je ne sais pas répondre car je ne les connais pas donc (…) ».

> E10 : « Puisque je ne les connais pas, je ne saurais pas vous le dire. »

> E8 : « Je ne sais même pas lesquelles elles sont, donc c'est un peu difficile d'y répondre. »

8.1.5 Accès et transmission des informations

Dans cette étude, nous aborderons trois thèmes autour de la communication tels que les **moyens de communication**, l'**accessibilité** et l'**efficacité** de ceux-ci ainsi que les **moyens de transmission** proposés par les soignants.

<u>Moyens de communication</u>

L'entièreté des soignants nous fait savoir qu'ils sont mis au courant des différentes stratégies par le biais de **mails**, d'**intranet**, d'**affiches**, d'**informations données par la chef de service ou de bouche à oreille.**

> E2 : « Euh, normalement la chef nous envoie des mails quand il y a différentes formations qui existent (…) tu trouves des affiches dans le bureau. Pour moi, les moyens de communications sont surtout les affiches et l'info par mail que la chef nous transmet. »

E9 : « Intranet et des fois c'est la chef qui nous informe, des fois c'est entre nous de bouche à oreille, comme ça. »

Accessibilité et efficacité

Six soignants estiment que les moyens de communication au sein de la clinique sont **inefficaces** et **faciles d'accès**.

E8 : « La communication sur les stratégies et les formations ? Non, justement si je ne suis pas au courant c'est que ce n'est pas efficace. Facile d'accès oui. »

E10 : « Pour moi, c'est accessible facilement mais ce n'est pas efficace puisque je ne suis pas au courant. Si c'était si efficace que ça, j'aurais été au courant, non ? »

Cependant, quatre d'entre eux déclarent ne pas consulter les informations diffusées sur le bien-être par **manque de temps**, un soignant trouve les informations **pas attrayantes** et le dernier nous informe qu'il consulte ses mails régulièrement.

E9 : « Non, ce n'est pas efficace (…) Parce que tout le monde n'a pas le temps justement d'aller sur intranet. Tout va vite en fait, en tout cas personnellement dans ce service, je n'ai pas le temps d'aller sur intranet pour savoir ce qui se passe (…) Surtout en ce moment, je n'ai pas le temps d'aller. »

E10 : « (…) souvent c'est à cause du manque de temps, c'est le manque, oui c'est vraiment le manque de temps ! »

E6 : « soit parce que ce n'est pas suffisamment visible (…) ou il n'y a pas suffisamment de publicité pour qu'on voit. »

E4 : « Je consulte souvent mes mails pour (…) on est obligé parce qu'on nous communique comme ça. »

Or, quatre soignants trouvent que les moyens de communication sont **efficaces** et **faciles d'accès.**

E1 : « Oui, pour moi les moyens de communication sont efficaces et faciles d'accès. (…) l'intranet ou les mails, voilà ça ne me dérange pas, il y'a aucun problème. La communication par notre chef qui nous dit voilà il y a des formations. »

E5 : « Pour moi, je trouve que oui ! Si c'est des choses qui apparaissent sur intranet, j'ai pris l'habitude de regarder chaque fois qu'il y a des choses dessus (…) dans la boîte mails aussi. »

<u>Propositions de stratégies</u>

Sept soignants interrogés ne proposent **aucun nouveau moyen** de communication.
Deux soignants suggèrent d'être informés par un groupe **WhatsApp** et par **sms**.
Un des soignants désire même être informé par les **cadres**.

E1 : « on a un groupe WhatsApp, on a automatiquement les messages et ça donne beaucoup plus envie en tout cas avec le WhatsApp, moi si j'ai l'information par WhatsApp et tout ça je l'ai beaucoup plus rapidement, beaucoup plus facilement. »

E9 : « Peut-être par message, par sms, par WhatsApp comme tout le monde est sur son téléphone, vous voyez (…) ».

E7 : « A travers les cadres parce que les cadres passent souvent pour demander comment ça va et tout voilà à chaque fois qu'ils passent, ils peuvent le dire oralement. Des fois c'est plus efficace de dire voilà, ce mois-ci on va organiser cette formation, on va avoir ça (…) je pense que c'est plus efficace de passer l'info comme ça. »

8.1.6 Projets de bien-être

Dans cette dernière rubrique, nous avons voulu faire émerger des propositions qui semblent être importantes pour le bien-être des soignants. Suite aux entretiens menés auprès de notre échantillon, nous avons pu relever les souhaits qui contribueraient à leur bien-être.
Les souhaits des soignants entendus sur les futures actions à mettre en place par la clinique sont **très variés** et regroupent **différents domaines**.

Certains nous proposent différentes actions autour du **sport**, de la **détente** et de la **relaxation** comme le **massage**, le **yoga**, l'**art thérapie**, le **dessin**, la **musique**, la **natation**, la **boxe** et des **cours de danse**.

E1 : « Ici bah ça par exemple, une cellule de bien-être qui comprendrait les massages (…) plus le personnel se sent bien, plus il sera rentable (…) ».

E6 : « Je dirais aussi qu'ils fassent effectivement plus une campagne sur le bien-être au travail (…) Je ne sais pas euh de l'art thérapie (…) que ce soit par le dessin, par la musique ou je ne sais pas, essayer de trouver des activités qui permettraient en tout cas de se relaxer. »

E9 :« une salle de sport où les gens pourront se défouler avec plusieurs (…) ça peut être de la boxe, ça peut être de la natation (…) il y a plusieurs pratiques de sport, il y a des sports plus doux comme le yoga (…) ou des cours de danse où les gens pourront se joindre, des cours où les gens pourront se défouler (…) ».

D'autres nous parlent d'un **soutien psychologique**, de **réunions d'écoutes/d'échanges** et de **réunions interservices** afin de pouvoir s'exprimer/se sentir mieux.

E6 : « Faire des groupes de parole aussi où on peut échanger entre services peut être (…) on a toujours l'impression qu'à l'intérieur de notre service, qu'on est les seuls à vivre des situations difficiles et que dans les autres services, ça va toujours ».

E7 : « Des réunions entre les équipes avec les cadres, les responsables pour les écouter, pour voir comment est la charge de travail. »

E9 : « Je dirais plutôt des salles où les gens pourront s'exprimer parce que c'est ça que les gens ont besoin finalement, qu'on les écoute (...) ».

E10 : « La formation d'un groupe et faire des jeux de rôle, je pense qu'avec les jeux de rôle, on peut beaucoup s'exprimer (…) plutôt dans le but de s'exprimer et de vider son sac, de pouvoir se parler et de dire ce qu'on ressent tout simplement (…) ».

D’autres encore estiment que le fait de **sortir entre collègues** et faire un **team building** contribueraient à améliorer leur bien-être.

E3 : « Euhhh, les sorties en équipe ! Ça permet de renforcer les liens entre collègues et nous changer les idées. C’est une sorte de valorisation quoi, ça peut être chouette. Enfin, c’est ce que moi je proposerais comme stratégie. »

E5 : « Un team building, un truc pareil pour sortir avec mes collègues. Je ne sais pas, il existe plein de choses je pense pour s’amuser en groupe, pour une fois passer du temps en groupe. J'ai une fois entendu un hôpital qui fait ça, je pense qu’il laisse gérer leur service un jour par des volants et des gens des autres étages. Ils essayent d'organiser ça des mois à l'avance. Ils font la descente de la Lesse avec l'équipe ou un paintball (...) ».

Trois d’entre eux souhaitent également avoir **suffisamment de personnel** selon la charge de travail.

E8 : « Qu’est ce qui pourrait encore être pour le bien être (…) mais tenir compte aussi de la charge du travail et prévoir du personnel en plus. »

Deux soignants désirent que les **heures de la cafétéria** soient adaptées aux heures de travail.

E5 : « La cafétaria en bas, ce n’est pas ouvert le week-end (…) Pour moi, ils peuvent laisser la boutique ouverte 7 sur 7. »

Une minorité souhaite simplement une **salle de détente** pendant les pauses, une **crèche**, un **jour de congé en plus**, des **chèques repas**, améliorer l’**accueil des nouveaux**, les **formations continues** et le **remboursement intégral des moyens de transport**.

E2 : « Euh, pour le bien-être (…) par exemple déjà penser pour les heures de repos pendant la prise du repas de midi enfin si on avait une pièce où il y a des fauteuils plus relax, ça serait juste bien. »

E3 : « Un jour de congé en plus, pourquoi pas ?»

E4 : « (…) oui, je trouve que la formation continue, ça serait déjà bien pour se sentir à l'aise (…) l'accueil des nouveaux ! C'est important, si on n’est pas bien accueilli et qu’on ne se sent pas bien dans le travail, on ralentit l'autre ! »

E7 : « (…) c'est installer une crèche, un endroit d'accueil parce qu'il y a plein de collègues qui souffrent à cause de ça, qui déposent leurs enfants (…) Ici, on n'a pas de chèque-repas et ce n'est pas encourageant (...) Même le transport en commun n'est pas totalement remboursé (…) ».

8.2 Echantillon 2 : les managers

Nous avons regroupé les caractéristiques de nos managers sous la forme d'un tableau.

Taille de l'échantillon N = 11		
Variables		
Genre		
	Femme	**10**
	Homme	**1**
Tranche d'âge		
	30-40	**2**
	41-50	**4**
	51-60	**4**
	61 et plus	**1**
Ancienneté		
	1-10	**3**
	11-20	**4**
	21-30	**1**
	31-40	**3**

Table 4: caractéristiques de l'échantillon 2.

Afin de distinguer les différents niveaux de managers interrogés, nous allons les regrouper en trois groupes. On nommera le premier groupe **ME** (managers d'encadrement : directeur des soins, directrice des RH et deux cadres de soins), le second groupe **MP** (managers de proximité : les cinq infirmières chefs) et le troisième groupe **MT** (managers transversaux : conseiller en prévention et personne de confiance).

8.2.1 Qualité de vie au travail

Dans cette rubrique, nous avons identifié 2 thèmes prédéfinis lors du recueil des données. Ils ont été décrits comme faisant partie de la qualité de vie au travail, il s'agit du **ressenti au travail** et de la **reconnaissance**.

Ressenti au travail

La totalité des MP (5) et un ME trouvent la **charge de travail très élevée** au sein des services.

ME : « je pense qu'il y a une charge très importante aussi bien émotionnelle, mentale que physique (…) ».

MP : « La charge de travail est assez lourde (…) ».

Deux ME et deux MT pensent que la **charge du travail est variable** selon les saisons et les périodes de l'année.

ME : « (…) la charge de travail dépend des jours, ça dépend du service, de la période dans l'année, c'est très fluctuant (…). »

MT : « (…) je pense que la charge de travail est très variable, ça dépend des moments (…) ».

Un manager d'encadrement trouve la charge de travail **convenable et gérable** mais ajoute que les tâches indirectes augmentent de plus en plus et viennent alourdir la prise en charge des patients.

ME : « (…) je pense que la charge de travail en termes de soins qui doivent être délivrés aux patients est quelque chose d'assez acceptable, d'assez gérable pour l'ensemble des effectifs que l'on a dans une unité (…) mais toute une série de tâches indirectes aux patients qui viennent alourdir l'ensemble de la prise en charge (…) ».

La totalité des managers nous évoque que la **charge de travail est très élevée** suite à une **pénurie** du personnel soignant et parfois suite à un problème d'**absentéisme**.

MP :« (…) il manque du personnel (…) et même si on a les normes, ce n'est pas suffisant et en plus, il me manque un temps plein et demi. »

MP : « (…) vu l'absentéisme de longue durée de certains membres (…) il manque des effectifs qui accentuent la charge du travail. »

Il y a 4 managers (2 ME et 2 MT) qui pensent que **l'infirmière chef n'étant plus dans les normes des services** permettra d'alléger la charge du travail.

ME : « (…) il y a 402 millions au niveau du budget des soins de santé qui sont libérés pour renforcer au niveau des unités (…) en moyenne d'avoir un équivalent temps plein supplémentaire par unité, ce n'est pas encore suffisant mais c'est déjà ça (…) pour essayer d'avoir l'infirmière chef hors norme (…) ».

ME : « (…) parce que les normes des effectifs datent déjà des années 80 donc maintenant avec le fond de blouse blanche, c'est bien qu'on va enlever l'infirmière chef des normes, mais je pense que (…) enfin tout le système devrait être revu, je suis sûr qu'il y a possibilité d'améliorer. »

MT : « (…) je pense que la charge de travail est très élevée et qu'il nous faut absolument qu'il soit tiré des normes et que voilà ça pourrait apporter un grand aspect important pour leur bien-être au travail (…) ».

Reconnaissance

L'entièreté des managers pense que le **bien-être du personnel** doit être pris en compte par la hiérarchie. Pour eux, si le bien-être des soignants n'est pas pris en considération, ça peut avoir des **répercussions** sur la prise en charge des patients, peut aussi se répercuter sur la relation avec les collègues et ainsi peut nuire sur le bon fonctionnement du service ou de l'hôpital. Une personne signale que ça peut être **gratifiant** pour l'image de l'hôpital.

MP : « (…) le bien-être du personnel est un point très important et qui doit être pris en compte à tous les niveaux et par la responsable de service et par la hiérarchie (…) il pourrait y avoir des répercussions sur la clientèle et donc si les patients sont contents, ils reviendront à l'hôpital et donc ça serait une bonne publicité pour l'institution. »

MT : « (…) une personne qui ne se sent pas bien dans sa peau (…) en voulant faire au maximum un bon travail, ça va lui prendre tellement d'énergie (…) ça a un impact sur comment il aborde le patient, comment il se comporte avec les collègues donc ça a un impact très important. »

Deux d'entre eux estiment qu'il faut **soigner le personnel comme on soigne les patients**.

ME : « (…) on doit soigner notre personnel comme on soigne nos patients (…) ».

ME : « (…) sans le bien-être du personnel, il n'y a pas possibilité du bien-être du patient (…) ».

Un manager de proximité et un manager d'encadrement ajoutent que si on tient compte du bien-être du personnel, on peut les impliquer plus facilement dans les **projets des services/de l'institution** et ainsi éviter qu'ils aillent voir ailleurs.

MP : « (…) du personnel qui se sent bien dans la peau (…) ils vont s'investir dans tous les projets que l'institution voudrait réaliser ou que la chef voudrait réaliser pour son service (…) ».

ME : « (…) mais c'est sûr qu'il faut investir parce que du personnel qui se sent bien, les patients ressentent ça (…) si tu ne te sens pas bien, tu risques d'aller voir ailleurs aussi (…) parce qu'alors tu impliques plus les gens dans des projets, si tu te sens bien, tu as encore envie de faire évoluer ton unité. »

8.2.2 Bien-être

Dans cette rubrique-ci, nous avons abordé 2 thèmes qui sont la **représentation** et l'**image du bien-être.**

<u>Représentation du bien-être</u>

Sept managers (4 MP, 2 ME et 1 MT) nous avancent qu'un **équilibre entre la vie privée** et la **vie professionnelle** peut être bénéfique pour le bien-être des soignants.

MP : « (…) donc, avoir un bon équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, car il faut partir avec plaisir et revenir avec plaisir, c'est important je trouve. »

MP : « (…) je suis persuadé que si ça ne va pas côté vie privée, il y a toujours quand même une répercussion sur la vie professionnelle (…) ».

ME :« (…) c’est que tu trouves un équilibre entre ta vie professionnelle et personnelle donc que tu te sentes bien et à la maison et au travail parce que l’un a un impact sur l'autre d'office (…) ».

Quatre managers (2 MT, 1 MP et 1 ME) estiment qu’un **environnement qualitatif, sécuritaire et ergonomique** peut avoir une répercussion sur le bien-être des soignants.

ME : (…) un personnel qui peut évoluer dans un environnement qui est à la fois qualitatif et sécuritaire (…) je pense qu'il faut avoir un environnement qui soit assez ergonomique à tout point de vue, avoir un matériel de qualité qui a été testé avec le personnel et par rapport auquel il a été formé pour l'utiliser correctement (…) ».

MT : « (…) les conditions de travail, les horaires, tout ce qui concerne également les moyens qu'on donne pour arriver à une tâche (…) donc on parle d'ergonomie, on parle d'hygiène, on parle de sécurité, de santé au travail également (…) l'environnement dans lequel on évolue donc que ce soit l'embellissement des lieux de travail et également une atmosphère donc que ce soit une ambiance lumineuse, le bruit, le confort, voilà ça c'est le bien-être du personnel. »

MP : « (…) essayer aussi d'avoir un bien-être au niveau environnemental, c'est à dire que l'environnement soit protecteur et agréable pour travailler, pour le personnel ainsi que pour les patients (…) ».

Pour la moitié des managers (4 MP et 1 ME), le bien-être révèle une prospérité et une **valorisation**.

MP :« (…) ça veut dire que le personnel se sent bien, se sent bien dans sa peau, ne vient pas avec les pieds de plomb au travail et surtout ne rentre pas avec une boule dans le ventre à la maison (…) ».

MP : (…) le bien-être ça veut dire que la personne ne vient pas contre son goût déjà (…) ça veut dire que la personne se sent bien dans le service, bien dans l'équipe (…) il y a le plaisir de travailler et que tu te sens valorisé dans ton travail. »

ME : « Bien-être du personnel, mais que tout le monde se sente bien à son travail, dans sa peau, dans l'équipe, avec soi-même. »

Image

Six managers (3 MP, 2 ME et 1 MT) associent l'image du bien-être à un soignant qui a un **sourire** et à un soignant qui travaille avec **sérénité et joie**.

MP « (…) une image de l'infirmière qui sourit et qu'on voit bien sur son visage. »

MT : « (…) une image de la sérénité (…) on n'est plus en train de courir dans tous les sens (…) ».

ME : « une image plutôt détendant (détendue) et avec beaucoup de joie. »

Par contre, trois managers (2 MP et 1 ME) associent cette image à la **nature**.

MP : « (…) la plage, la mer, le soleil qui monte ou qui enfin, tu vois que c'est quelque chose de relaxant, détendu ».

MP :« (…) une fleur peut-être, une belle fleur ».

ME : « (…) soit la montagne soit la mer, ou les deux combinés, c'est encore mieux ».

L'un d'entre eux l'associe à une **balance pondérée** et l'autre à un **puzzle** avec différents aspects.

ME : « (…) une balance qui est bien pondérée, une ancienne balance bien pondérée c'est à dire où on a les 2 plateaux qui sont effectivement en équilibre (…) ».

MT :« (…) un puzzle pour moi parce qu'il y a différents volets (…) c'est quelque part un puzzle de différentes pièces (…) ».

8.2.3 Stress

Lors de la création de cette troisième rubrique, nous avons abordé 5 thèmes suivants : les **éléments provocateurs**, l'**expression**, la **gestion**, l'**absentéisme** et l'**évaluation**.

Nous pouvons voir que tous les managers ont donné aux soignants l'opportunité de s'exprimer sur leur ressenti suite à une situation stressante.

Eléments provocateurs de stress

Nous pouvons remarquer qu'il y a différents éléments très vastes rapportés selon chaque manager interviewé.

Trois d'entre eux (2 MP et 1 ME) nous font savoir que les nouveaux diplômés sont plus sujets au stress suite à un **ARCA** ou une **situation stressante** et donnent leur préavis suite à ça.

> MP : « (…) une nouvelle infirmière qui a commencé au début février, qui m'a dit après 5 semaines voilà je donne mon préavis parce qu'il y a trop de stress ici. »

> ME :« (…) les jeunes diplômés surtout qui ont un ARCA, un patient qui décède, c'est quand même des situations stressantes pour eux. »

Par contre, un manager nous signale que parfois les soignants n'ont **pas toujours les outils** pour pouvoir gérer les moments de stress.

> ME : « (…) c'est qu'elles n'ont pas toujours des outils, des moyens pour apprendre à gérer ce stress (…) ça veut dire qu'à un certain moment les personnes ne mettent pas toujours des priorités et rentrent dans des cercles vicieux de stress qu'elles ne sont même plus à même à gérer ».

Trois managers (2 MP et 1 ME) nous signalent que l'**agressivité** vécue par les soignants est une source des stress.

> ME : « (…) il y a un moment de stress que ce soit en santé mentale ou autre, c'est souvent l'agressivité. »

Deux managers (1 MP et 1 MT) nous font savoir que la **charge du travail**, le sous-effectif et les **conflits** avec les patients, les familles et les collègues peuvent être également un élément provocateur du stress.

> MP : « Ah, oui, ça arrive régulièrement que les soignants viennent se plaindre suite à la lourdeur de travail au sein du service (…) mais aussi parfois des conflits avec des patients, avec la famille, entre eux, ce sont des moments de stress (…) ».

MT :« (…) quand ça a été la situation Covid, c'était par exemple au niveau de l'organisation au départ, le manque d'effectif d'une part (…) la difficulté de commande (…) alors il y a aussi tout ce qui est risques psycho-sociaux, y a parfois des conflits relationnels que ce soit envers son chef de service ou le N+1, le N+2, ou parfois entre collègues qui sont tout à fait au même niveau (…) ».

Cependant, deux managers (1 MP et 1 ME) ne nous ont pas évoqué les situations de stress vécues par les soignants.

Expression

La totalité des managers ont donné l'opportunité aux soignants d'exprimer leur **ressenti** suite à une situation stressante.

ME :« Bien sûr, tous les jours, je pense qu'enfin il n'y a pas un jour où en tout cas, je n'ai pas des soignants qui ne s'expriment pas à un moment, ce n'est pas de manière continue mais je pense que dans un hôpital de notre taille ce n'est pas non plus étonnant (…) ».

MP : « s'ils ont le besoin, ils peuvent l'exprimer mais naturellement y a des gens qui ne vont pas le faire (…) ».

ME : « Mais, bien sûr, c'est important, ils doivent pouvoir (…) mais pas justement s'exprimer, faut aussi tendre la main et leur dire et leur demander : vous allez bien ?»

Gestion

La totalité des managers nous communique l'existence d'une variété de démarches afin de soutenir les soignants qui viennent s'exprimer suite à une situation stressante.

Ce qui ressort dans la majorité des cas, c'est éventuellement l'**écoute** et les **groupes de paroles** qui s'organisent au sein des équipes et qui se font avec la **psychologue** de l'institution ou parfois font appel au **Pobos**. Cependant, les soignants sont souvent invités à remplir une **déclaration** suite à un incident.

ME : « (…) alors à part la psychologue (…) donner ce temps de parole (…) il faut d'abord avoir l'écoute je pense (…) ».

ME :« (…) on va toujours stimuler à faire une déclaration, que ce soit en interne ou en externe (…) d'abord écouter (…) moi je trouve très important, qu'on en parle toujours à sa responsable directe parce qu'elle peut être attentive, quand on a eu un moment de stress ou quelque chose comme ça (…) c'est le ressenti qui est important, pas nécessairement ce qui s'est passé (…) ou maintenant on a Pobos aussi (…) ».

Une des démarche entreprise par cinq managers (2 MT et 3 ME) est de contacter **différents acteurs.**

ME : « (…) on envoie toujours vers les personnes de confiance ou vers le preventieadviseur (conseiller en prévention). »

MT :« possibilité de contacter le conseiller en prévention, il y a la possibilité de contacter le service interne de prévention et de protection au travail (SIPP) à travers des déclarations d'agression (…) moi je les dirige vers les personnes qui sont concernées par leurs demandes donc je leur donne les possibilités qui s'ouvrent à eux (…) ».

ME : « (…) et après on regarde avec les personnes qu'est-ce qu'ils souhaitent donc, on peut les envoyer vers la médecine du travail, vers la personne de confiance ».

<u>Absentéisme</u>

Tous les managers sauf un manager d'encadrement ne savent pas nous communiquer le taux d'absentéisme au sein de leurs services ou de l'institution, par contre, ils nous font tous savoir qu'un **tableau d'absentéisme** existe au sein de l'hôpital.

Cependant, un manager de proximité nous annonce **un cas de burn-out** depuis 1 an et demi et un autre manager de proximité nous signale un autre cas de **dépression** depuis 1 an.

Un manager d'encadrement nous fait savoir que la raison d'absentéisme est protégée par le GDPR (règlement général sur la protection des données).

MP : « (…) il y a eu quand même une personne qui a été en dépression euh, presqu'un an mais sinon je ne connais pas les chiffres d'absentéisme (…) ».

ME : « (…) on a un absentéisme moyen de 2,5-2,6 % dans les soins (…) par rapport à la période Covid, les chiffres d'absentéisme ont explosé (…) jusqu' à 17% d'absentéisme donc 1 collaborateur sur 5 mais c'était en situation épidémique donc c'est pas ce qui est tout à fait comparable (…)des chiffres d'absentéisme sont réellement partis en croissance (…) on refait un tableau tous les 6 mois pour voir quels sont les absentéismes (…) j'ai une moyenne de 3 burn-out plus ou moins par an (…) donc 3 sur 900 personnes, ce qui n'est pas énorme mais c'est déjà 3 de trop, à mon sens. »

MP : « J'ai eu une infirmière qui a été en burn-out, elle est absente depuis un an et demi (…) ».

ME : « (…) burn-out, épuisement professionnel, dépression, on ne connait pas la raison, c'est le GDPR (…) on regarde les statistiques d'absentéisme de façon générale. »

<u>Evaluations/Enquêtes</u>

Sept managers (5 MP et 2 ME) nous signalent qu'ils font une **évaluation orale** auprès des soignants.

ME :« (…) y a les feedbacks que les gens nous rendent au travers de leur auto-évaluation (…) il y a tous les retours spontanés (…) ».

MP : « (…) un retour verbal par un feedback, y'a pas vraiment une méthode ou une évaluation de la satisfaction (…) ».

Six managers (3 ME, 2 MT et 1 MP) nous parlent de l'**analyse des risques psycho-sociaux** qui se fait au sein de l'institution chaque année dans différents services et nous expliquent la mise en place des différentes actions suite aux résultats obtenus.

ME :« (…) Il y a un autre outil que moi j'aime beaucoup, c'est notamment l'analyse des risques psycho-sociaux (…) on travaille principalement avec le CESI, c'est l'organisme, c'est la partie de psychologie du travail du CESI qui les organise donc c'est une personne neutre qui mène cette analyse (…) ».

MT :« (…) chaque année, il y a 2 ou 3 services où une analyse de risque psychosocial est faite, donc ça c'est le côté légal (…) le stress, le burn-out (…) sur les risques psycho-sociaux et aussi sur la gestion de l'agressivité (…) ».

Néanmoins, trois managers (2 ME et 1 MT) nous parlent des **enquêtes** sur le bien-être des soignants pendant et hors Covid faites par la KULeuven.

ME :« (…) la souffrance des soignants est quelque chose qui est de plus en plus étudiée, une des universités qui étudie énormément ce phénomène là c'est la KULeuven (…) ».

8.2.4 Stratégies de bien-être

Lors des entretiens, les managers ont été invités à émettre leurs opinions sur les différents dispositifs existants au sein de leur institution. Les 8 principaux thèmes relevés sont les suivants : les **formations**, les **outils**, les **acteurs impliqués**, la **participation**, les bénéfices, l'**organisation des stratégies**, la **suffisance** et les **subsides**.
Par les stratégies, on entend : les formations, les outils et les acteurs impliqués dans le bien-être.

<u>Formations</u>
La totalité des managers nous informe sur l'existence de différentes formations au sein de l'institution qui concernent la **gestion du stress**, la **gestion de l'agressivité**, la **communication non-violente** et la **multiculturalité**.
Trois d'entre eux (2 ME et 1 MT) nous font savoir qu'il existe une formation **Connecting Leaderschip** qui va s'élargir auprès du personnel soignant dans le futur.

MT : (…) on a la formation de leadership pour les managers qui se focalise aussi sur le coaching et la motivation des travailleurs, on a des formations sur la gestion du stress, la gestion de l'agressivité (…) des formations en communication non-violente, voilà qui apportent aussi quelque chose d'assez important au niveau du bien-être de la personne (…) on organise des formations, au niveau de la multiculturalité (…) ».

ME : « (…) le plus important c'est les Connecting Leaderschip pour les chefs mais ça va être pour tout le monde (…) ».

Outils

L'entièreté des managers nous évoque l'existence des stratégies comme **la sophrologie/ le massage/ le fauteuil relaxant/la réalité virtuelle/l'acupuncture.**

ME :« (…) il existe la sophrologie (…) on a les lunettes de réalité virtuelle donc on utilise chez nos patients mais on fait un projet maintenant pour le personnel (…) fauteuil massant, là, je ne sais pas si ça a eu beaucoup de succès (…) ».

MP :« (…) l'institution donne plusieurs choses comme la sophrologie, le massage (..) il y a l'acupuncture par exemple aussi. »

Un manager nous parle des moments de **pause** et un autre d'un **team building**.

MP : « (…) qu'on prend des moments de pause (…) une fois discuter, une fois rigoler (…) c'est important qu'on ait aussi 5-10 minutes par journée, qu'on puisse se détendre donc prendre les pauses café (…) on fait un resto ensemble (…) ».

ME : « (…) on a débloqué un budget par personne pour faire un team building (…) ça peut aussi relier les liens et dire qu'on n'est pas que là pour travailler mais que ça peut créer un peu plus de lien (…) ».

Acteurs impliqués

Les dix managers sont persuadés que les **soignants ne sont pas au courant** des différents acteurs ou services qui existent au sein de la clinique.

ME : « (…) Non, non (…) on doit mieux informer, je pense, clairement, en tout cas pour nous, je pense que toutes les personnes n'ont pas une connaissance suffisante des canaux qu'elles peuvent utiliser. »

MP : « je ne pense pas qu'ils connaissent vraiment des personnes de contact ou services (…) ».

ME : « je ne pense pas, on a souvent l'impression que ça a été communiqué, qu'on le sait mais dès qu'il se passe quelque chose, on remarque que non (…) ».

Par contre, un manager espère que les **soignants sont au courant** de l'existence des différents acteurs ou services au sein de l'institution.

ME : « (…) je pense qu'avec les affiches, on a fait un effort (…) j'espère que oui (…) ».

Neuf managers (4MP, 3 ME et 2 MT) nous évoquent l'existence de **Pobos** et l'entièreté nous énoncent les différents acteurs auxquels les soignants peuvent faire appel comme le **CESI**, l'**Intervision**, les **psychologues**, le **CPPT**, la **personne de confiance**, le **chef de service** et le **conseiller en prévention RPS**.

ME : « (…) on travaille principalement avec le CESI (…) parfois c'est avec de l'Intervision (…) les groupes de parole (…) psychologues, coachs (…) tout le travail qui est fait par le comité de prévention et de protection des travailleurs (CPPT) et là, il y a tout un plan annuel qui est fait avec le service interne de prévention pour justement voir comment on améliore ce bien-être au travail de manière journalière (…) ».

MT :« (…) effectivement la possibilité de rencontrer une personne de confiance (…) quand on fait une déclaration, on peut demander un suivi par son chef de service, un suivi par d'autres personnes ou par une personne de confiance (…) la possibilité de rencontrer la médecine du travail (…) Il y a Pobos qui a été développé par les RH, donc Pobos, c'est appelable 24h sur 24 en 4 langues et ça gère toutes les situations de stress, burn-out (…) on fait appel à ce conseiller en prévention de RPS de manière formelle (…) Pour gérer le stress, il y a également toutes les possibilités des supervisions et des intervisions dans les unités (…) ça peut être un psychologue ou en tout cas une personne externe qui fait une espèce de focus groupe (…) ».

<u>Participation</u>

Tous les managers trouvent le taux de **participation assez faible** et que les soignants n'ont pas l'opportunité de participer par **manque de temps**, par **manque de communication adéquate** et par **manque de motivation**. Ils nous font savoir que ce sont souvent les mêmes personnes qui font des demandes de formation et que les autres stratégies sont peu sollicitées.

MP : « (…) sinon je dois dire que mon personnel ne participe pas énormément aux formations qui sont sur learn et donc pour moi y a pas assez de participation mais bon parce que le temps est assez sacré pour les soignants donc c'est un peu difficile de se libérer sur le temps de travail (…) ».

ME : « (…) oui il y a une participation mais c'est toujours les mêmes (…) ce n'est pas toujours ceux qui en ont le plus besoin qui se mettent à ça, ça c'est le problème, on n'arrive pas, ils se disent : ah je n'ai pas le temps (…) pourtant c'est pendant les heures de travail (…) Je ne suis pas convaincu aujourd'hui, parce que on n'a pas de moyens de communication adéquats pour tout le monde (…) ».

ME : « (…) j'ai envie de dire oui, la participation dépend de la volonté de chacun (…) ».

Bénéfices

D'après ce que les managers nous évoquent, nous pouvons voir qu'il y a des **bénéfices directs** pour les soignants.

MP : « (…) quand ils reviennent d'une formation, ils sont contents (…) ».

ME : « (…) une de celles qui a fait la réalité virtuelle, est revenue, elle disait que ça faisait vraiment du bien, je pense que les formations, ça c'est peut-être plus du long terme, où tu renforces la résilience des gens (…) Elles disent que ça les relaxe (…) ».

MT : « (…) les soignants nous ont dit (…) ça nous a vraiment fait du bien pendant 1h de parler de tout ça (…) le sentiment d'avoir été entendu, de pouvoir lâcher la pression, vider son sac, le dire à quelqu'un (…) le fait d'être entendu (...) ».

D'autre part, nous pouvons voir **indirectement des bénéfices** pour l'hôpital.

ME : « (…) clairement un personnel qui est satisfait, qui est heureux va être un personnel fidèle et un personnel qui va s'impliquer (…) c'est un personnel qui va parler de l'institution, qui va rendre l'institution visible, qui va souvent être une aide aussi dans le recrutement. »

MP : « (…) si tu as quelqu'un qui se sent bien dans sa peau, va peut-être moins vite tomber malade et dans ce sens-là, tu vas peut-être avoir un bénéfice pour l'hôpital (…) ».

Organisation des stratégies

Les formations s'organisent sur une **journée complète ou demi-journée** et d'autres outils souvent dans l'après-midi, par contre la réalité virtuelle est disponible **24h sur 24**.
Un manager transversal est conscient de la **difficulté de l'organisation** des formations.
Et un manager de proximité nous relève que le massage se fait **tôt en matinée**.
Lors des entretiens, les managers n'ont pas abordé l'organisation des rencontres avec les psychologues.

MP : « C'est parfois des journées entières ou des demi-journées qui doivent aller à cette formation (…) formations effectivement comme le massage qui existe qui se fait très tôt dans la matinée donc 8h30-9h, c'est juste le moment où la charge de travail est très élevée pour les infirmières donc c'est quasi impossible d'y aller (…) ».

ME :« la réalité virtuelle (…) ils pouvaient aller 24h sur 24 (…) ».

MT : « (…) au niveau des formations, c'est soit des journées entières (…) soit si c'est des plus petites choses, on les fait toujours en après-midi pour le personnel soignant (…) donc si on réorganise maintenant la session bien-être (…) on va organiser de 14 à 15 heures pour le personnel infirmier (…) le faire après 15h, c'est difficile parce que les gens partent, le tard ne sait pas le faire (…) la nuit ne sait pas (…) donc voilà on se rend bien compte de cette difficulté, donc on essaie de faire au mieux mais c'est pas évident. »

Suffisance

Dix managers (4 MP, 4 ME et 2 MT) estiment que l'utilisation des stratégies existantes sont **insuffisantes** par manque de temps ou par manque de personnel mais que celles-ci pourraient être améliorées.

MP : « (…) on n'a déjà pas le temps pour faire la sophrologie, alors (…) donc c'est insuffisant par manque de temps (…) ».

MP : « (…), non je ne pense pas que ces outils sont suffisants, je pense qu'on peut toujours faire mieux (…) ».

MT :« (…) pour moi non, ce n'est pas suffisant en termes de stratégies (…) c'est toujours suite à un manque d'effectif (…) un service qui est tout le temps surchargé (…) un moment je dis mettez moi du personnel en plus (…) et là tu as fait un service heureux (…) tu peux enlever tes psychologues (…) ».

Un manager parmi les dix, nous relève le souci de **différence de sites** et que suite à ça, l'utilisation des stratégies est insuffisante.

MP : « (…) si c'est sur un site et pas sur l'autre, ça te prend déjà en temps (…) c'est insuffisant, je peux comprendre qu'on ne sait pas faire tout ça sur les 3 sites en même temps, mais ça complique certaines choses (…) ».

Trois ME parmi les dix nous notifient que les stratégies peuvent être **suffisantes si elles sont connues ou suffisamment exploitées.**

ME :« (…) ils sont suffisants, oui, suffisamment exploités peut être pas (…) ».

ME : « Je pense qu'ils pourraient être suffisants s'ils sont bien connus (…) ».

Néanmoins un manager de proximité trouve ces stratégies **suffisantes.**

MP :« (…) oui c'est suffisant (…) oui je pense que oui. »

<u>Subsides</u>

Huit managers nous révèlent l'**existence de subsides** reçus par différents fonds pour les stratégies afin de favoriser le bien-être des soignants.

MP : « (…) ils ont réservé une somme d'argent par personne et par service afin de pouvoir faire un team building et donc pouvoir une fois profiter euh en dehors de l'hôpital. »

MT : « (…) le fonds social des hôpitaux privés, nous donne à chaque fois des subsides pour pouvoir organiser des formations pour le personnel soignant ou administratif, non pas pour les chefs de service (…) la première nouvelle, donc on a reçu des subsides pour organiser des sessions bien-être (…) ».

Et trois managers (3MP) nous font savoir qu'ils ne sont **pas au courant** de l'existence des subsides.

MP :« je ne sais pas si on reçoit des subsides. »

8.2.5 Accès et transmission des informations

Dans cette partie, nous aborderons trois thèmes autour de la communication tels que les **moyens de communication**, l'**accessibilité** et l'**efficacité** de ceux-ci, ainsi que les **moyens de transmission** proposés par les managers.

Moyens de communication

La totalité des managers nous fait savoir que les différents moyens de communication présents au sein de l'institution sont : les **mails**, l'**intranet**, les réunions et les **affichages** (valve).

MT : « (…) maintenant tout le monde a une adresse mail (…) on a fait paraître ça aux valves, on a l'intranet mais on ne va pas répéter ça tous les mois pour rappeler aux gens que ça existe, donc là, on attend un petit peu des chefs de service de pouvoir en discuter avec leur personnel (…) ».

Quatre MP nous ajoutent aussi que l'information passe par un **référent,** le **mémo board** et messages par **WhatsApp.**

MP : « (…) si moi, je veux vraiment passer une communication qui est très importante (…) je dis à une personne d'un week-end et une personne de l'autre week-end, après c'est eux qui doivent transmettre ça dans leur week-end (…) j'ai pris 2 Spock (référentes) comme ça chacun dans son week-end. »

MP : « (…) formel, tu pourrais le faire quand tu fais des réunions de service (…) on avait le WhatsApp, mais officiellement on ne peut pas l'utiliser (…) Au niveau de l'hôpital (…) c'est aussi par mail, par intranet (…) ».

MP : « (…) j'envoie toujours par mail et alors je vais le dire encore en réunion aussi (…) je mets aussi sur le mémo board pour dire qu'il y a de nouveau des sessions, donc les deux. Sinon, je sais qu'il existe intranet donc ça c'est l'institution (…) ».

Accessibilité et efficacité

Tous les managers pensent que les moyens de communication sont **faciles d'accès** mais neuf d'entre eux (4ME, 3MP et 2 MT) trouvent ceux-ci **inefficaces.**

ME : « Je pense que c'est facile d'accès (…) ils sont inefficaces, parce que par exemple intranet, tu mets quelque chose aujourd'hui et demain, c'est déjà tout à fait en bas il faut déjà aller scroller (…) beaucoup d'infirmières qui ne lisent pas, hein. »

MT : « (…) non c'est inefficace mais on n'a pas encore trouvé comment on peut passer l'info, on ne peut pas non plus rassembler tout le monde, tu le sais très bien, donc on n'a pas encore trouvé la façon (…) donc voilà c'est une recherche continue en fait pour améliorer. »

Deux MP trouvent les moyens de communication **efficaces.**

MP :« Oui, oui, ça oui, ils sont efficaces et faciles d'accès et le personnel, il va dessus aussi. »

Propositions de stratégies

Parmi les managers interrogés, nous apercevons qu'ils proposent tous différents moyens de communication tels que : 1 **Spock** (référent) dans chaque week-end, la **chef** qui les informe individuellement, par **WhatsApp/Facebook**, un **petit mot** dans le casier, une **page intranet** qui est **facilement utilisable** et une **application sur smartphone**.

MP : « (…) comme j'ai dit un Spockdans chaque week-end pour passer l'information, oui (…) ».

MP : « (…) il faut checker si l'info est passée presque individuellement, mais ça dans la réalité, t'as pas le temps (…) ».

ME : « (…) maintenant on parle de WhatsApp, de Facebook, je ne sais pas tout quoi pour faire passer tous les massages (…) ».

MT : « (…) alors peut être mettre un petit mot dans ton casier pour les informer (…) ».

ME : « (…) moi, je suis persuadé que le rôle de chef est important là-dedans, pour justement distribuer toutes les infos de tout ce qui existe. »

MT : « (…) peut-être une page intranet qui est facilement cherchable sur laquelle se retrouve toutes les infos (…) ».

ME : « (…) une application, je pense sur smartphone où voilà, il peut juste regarder chaque moment ce qu'ils ont à disposition (…) ».

8.2.6 Projets de bien-être

Dans cette dernière rubrique, nous avons voulu faire émerger des propositions qui semblent être importantes pour le bien-être des soignants. Suite aux entretiens menés auprès des managers, nous avons pu relever les souhaits qui contribueraient au bien-être des soignants. Nous pouvons remarquer que les souhaits des managers sont **très variés** et regroupent **différents domaines**.
Nombreux d'entre eux nous suggèrent différentes actions autour du **sport**, de la **détente** et de la **relaxation** : comme une **salle de sport**, du **fitness**, du **yoga**, des **cours de zumba**, des **séances de massage**, un **fauteuil massant**, la **sophrologie** dans une chambre, la **formation self-défense**, **mindfulness**, la méditation et le **tai-chi.**

D'autres nous suggèrent différentes idées autour des **sorties** et des **repas** : comme une **sortie d'équipe**, faire un **team building**, **visiter une ville**, **recevoir un montant** pour une activité de groupe, **manger sur une terrasse** et au sein de l'institution : des **cartes de glaces**, des **après-midi crêpes**, un **lunch multiculturel.**

D'autres encore souhaitent tout simplement avoir du **personnel en suffisance**, pouvoir faire une **réunion d'équipe sans devoir être dérangé**, recevoir des **chèques cadeaux,** avoir une **crèche**, avoir un **remboursement pour le transport en commun**, les **lunettes de réalité virtuelle**, améliorer l'**accueil des nouveaux**, la **réintégration du personnel après une maladie de longue durée**, une formation de **Connecting Leaderschip**, un focus groupe **Work Life Balance** et **Work In Joy.**

MP : « (…) je pense surtout organiser des moments ensemble (…) visiter une ville, de faire des sorties en dehors de l'hôpital et qui sont pris en charge par l'institution (…) si on demande à l'équipe mobile quelqu'un pour la réunion d'équipe, on a personne et je trouve pas ça juste, car je trouve que si on est en réunion, on doit pas être dérangés (…) je demande qu'on nous donne du personnel en suffisance (…) une journée pour l'équipe comme un team building (…) ».

ME : « (…) chèque cadeau par exemple qu'on peut avoir chaque année, c'est une forme de reconnaissance (…) ».

MP : (…) les petites sorties (…) sinon je pense qu'un massage pourrait nous faire du bien (…) si ça se fait dans le service, l'accès est beaucoup plus facile, la personne ne doit pas se déplacer de son service (…) ».

ME :« (…) pouvoir manger à l'extérieur, au soleil, allez si on avait une terrasse (…) un cours de zumba (…) une (ijskaart) carte de glaces, donc chacun peut aller chercher une boule de glace (…) un après-midi crêpes (…) et tout le monde peut venir chercher une crêpe (…) et aussi un lunch multiculturel donc chacun amène quelque chose de sa culture (…) ».

MT :« (…) on aimerait bien des massages, de la kiné, une salle de sport, qui y ait une crèche pour accueillir nos enfants (…) valoriser les transports en commun (…) on avait reçu pendant le Covid, un fameux siège massant (…) ».

ME :« (…) avoir quelque part un local où éventuellement les gens pourraient faire un peu de sport (…), aller courir ou faire du vélo, ou du yoga (…) du fitness mais à l'hôpital où ce n'est pas payant (…) quelque chose avec des massages (…) la réalité virtuelle (…) ».

MP :« (…) une petite salle de sport où le personnel peut aller après son travail faire du sport (…) sinon parfois des séances de massage (…) la sophrologie et donc une fois par mois, une séance d'une demi-heure dans une chambre vide (…) ».

MT : « (…) je pense qu'on peut encore beaucoup améliorer sur l'accueil des nouveaux (…) je pense qu'on peut encore faire des choses pour soutenir les chefs de service (…) maintenant on voudrait plus travailler sur la réintégration après maladie de longue durée, euh on a déjà pu mettre certaines choses en place comme Pobos par exemple, on aimerait bien avec ce groupe du travail aller vers une réflexion sur l'équilibre vie privée-vie professionnelle (…) on a pensé à des formations de self défense (…) donc au mois de mai et de juin, il y aura un atelier de mindfulness, allez la méditation, trouver sa raison d'être (…) il y aura un truc plutôt tai-chi (…) ».

ME :« (…) je pense au mois de mai-juin enfin voilà, on va commencer les mardis et jeudis du bien-être, donc il y aura plusieurs formations à la carte qui vont être disponibles (…) du yoga, méditation (…) Le Work In Joy, le Connecting Leadership (…) je pense qu'il faudrait mettre un focus groupe qui travaille autour de Work Life Balance (…) ».

- **Work In Joy** est un acteur dans le domaine de bien-être qui propose aux entreprises différents leviers de bien-être afin d'accroître l'engagement et la productivité des collaborateurs. Ils agissent sur les quatre piliers fondamentaux de la santé qui sont :« *le sommeil & énergie, le capital mental, la nutrition et le mouvement* » (https://www.workinjoy.be/fr/).
- **Work Life Balance** aide les collaborateurs à traverser des moments difficiles à l'aide des experts en santé mentale. En effet, le temps qu'on passe au travail doit être équilibré au temps passé avec la famille et les amis. Cette méthode permet de trouver un équilibre sain entre la vie professionnelle et la vie personnelle.
- **Pobos** accompagne les collaborateurs après des événements traumatisants et dans le cadre de problèmes psychosociaux. Pobos renforce la motivation des collaborateurs en les écoutant et en les formant avec l'aide des psychologues.
- **Connecting Leadership** : accompagne les entreprises à réussir la transformation avec une approche holistique qui permet de renforcer les capacités du leader et une mobilisation individuelle et collective des collaborateurs et ainsi cultive le potentiel de chacune des parties prenantes au projet.

9. Discussion

L'objectif de ce chapitre est de répondre à notre question de recherche suivante :
« Comment les stratégies proposées et mises en place par l'institution (les ressources humaines et les managers comme relais) pour favoriser le bien-être des soignants sont-elles ressenties par ces derniers ?»
Premièrement, nous commencerons par la discussion de l'échantillon 1 (les soignants) qui sera suivie de la discussion de l'échantillon 2 (les managers). Dans chacun de nos échantillons, nous confronterons nos discussions à la partie théorique de notre travail.
Deuxièmement, nous établirons une discussion commune afin de pouvoir répondre à notre problématique.
Enfin, nous évoquerons les limites, les forces et les recommandations de notre étude.

9.1 Discussion échantillon 1 : les soignants

Nous allons faire ressortir tous les éléments discutables de l'étude à l'aide des différentes catégories prédéfinies afin de répondre à notre question qui est :
« **Les soignants sont-ils satisfaits des différentes stratégies existantes ou souhaitent-ils d'autres méthodes ?** ».
Les six catégories les plus pertinentes qui sont en lien avec notre problématique sont : la **qualité de vie au travail**, le **bien-être,** le **stress**, les **stratégies de bien-être**, **l'accès et la transmission des informations** et les **projets de bien-être.**

9.1.1 Qualité de vie au travail

L'intensité du travail est ressentie par les soignants comme un sentiment de surmenage. La charge et le rythme du travail ressentis par le personnel soignant interrogé sont très importants suite à un manque de personnel et à l'intensité du travail au sein de leur service. D'ailleurs, un des soignant souligne que la charge de travail pourrait être soulagée grâce à du personnel supplémentaire. Il est connu que la charge de travail des soignants est intensifiée par le manque d'effectif (Mathieu, 2019). Les soignants ont également évoqué que l'intensité du travail est ressentie comme une pression par rapport à la surcharge de travail. Il s'avère que pour les soignants, la surcharge du travail les oblige à avoir un rythme accéléré. Un soignant nous informe que la charge élevée l'empêche de satisfaire le besoin physiologique tel que boire un verre d'eau durant ses heures de travail. La satisfaction de ce besoin physiologique prioritaire est primordiale (Maslow A., 1943). Nous remarquons qu'ils effectuent une quantité de travail excessive et qu'ils travaillent sous pression.

Outre cela, deux soignants se sentent en adéquation avec leur travail malgré qu'ils trouvent la charge de travail importante. Contrairement à ce qui a été dit par Vagharseyyedin & al. (2011) dans la partie théorique, aucun soignant n'a relevé que le fait de prester des horaires variables affectent leur qualité de vie au travail par rapport à ceux qui ont des horaires fixes.

Les soignants accordent une importance très particulière à la reconnaissance par la hiérarchie. D'après Brun (2010), tous les salariés demandent à être reconnus par la hiérarchie à différents échelons. Nous remarquons que les soignants apprécient la qualité d'écoute, la reconnaissance et la considération par les collègues ainsi que par la hiérarchie, or que la moitié nous fait part ne pas être considérée par celle-ci. En effet, cette reconnaissance par la hiérarchie est un élément essentiel pour la motivation et la satisfaction des soignants (Diez R., & Carton P., 2013). Cette satisfaction peut être associée au contentement des soignants et ainsi leur permettre de venir travailler avec plaisir. Nous constatons aussi qu'être reconnu, soutenu et entendu est gratifiant pour les soignants et peut accroitre l'estime de soi et de ce fait peut améliorer leur bien-être au travail. Le fait d'être reconnu, entendu par les pairs est un élément important du bien -être (Machado, Desrumaux & Droogenbroeck, 2016). Ils disent également s'entraider dans les soins pour pouvoir être plus efficaces lors des soins dispensés au patient. Tous ces bienfaits feront que les soignants viendront travailler avec plus de motivation, leurs permettront une meilleure prise en charge des patients et de la sorte prodigueront des soins de qualité.

9.1.2 Bien -être

La totalité des soignants décrivent le bien-être comme un épanouissement, un équilibre entre le corps et l'esprit, et une prospérité. Ce sentiment d'épanouissement est davantage relevé par les soignants lors des entretiens, il est en effet un des éléments essentiels pour accroître le bien-être psychologique au travail (Dagenais & Desmarais, 2010). Ils évoquent que s'ils sont bien au travail, qu'ils viennent travailler avec plaisir et qu'ils sont en harmonie avec le corps et l'esprit, ils se sentiront mieux dans leur peau et dans l'équipe. Toutefois, trois soignants rajoutent que le bien-être pour eux est de ne pas venir travailler avec une boule au ventre et des pieds de plomb.

Nous constatons que pour une minorité de soignants, le bien-être est d'être bien formée et ainsi d'avoir les compétences nécessaires pour une meilleure prise en charge du patient en sécurité.

D'ailleurs, d'après Dagenais & Desmarais (2010), la compétence du soignant favorise un meilleur ressenti du bien-être psychologique au travail et ainsi permet une meilleure prise en charge du patient.
Ce qui a été remarqué, c'est que les soignants qui nous parlent de bien-être n'ont à aucun moment soulevé le côté salarial ou la compensation financière ; ce qui rejoint les résultats de Dagenais et Desmarais (2010).
La totalité des soignants trouvent le fait de travailler dans une bonne ambiance avec les collègues et avoir une bonne cohésion d'équipe, sans conflit, font qu'ils se sentent bien dans leur travail. On remarque que les soignants accordent de l'importance au soutien social tel qu'une bonne entente avec les pairs et une bonne ambiance dans l'équipe. Le fait qu'ils entretiennent de bonnes relations avec leurs collègues, leur permet de faire face aux situations difficiles qui pourraient nuire à leur bien-être (Bolger & Amarel, 2007).Tous les soignants nous disent qu'une bonne ambiance avec les collègues et médecins peut contribuer à leur bien-être psychologique (Dagenais & Desmarais, 2010). Selon Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014), la bonne relation entre collègues peut être bénéfique au bien-être et ainsi permettre une meilleure qualité de vie au travail.
Suite aux soignants interrogés, il s'avère que la charge de travail et la non-reconnaissance par la hiérarchie sont également des éléments qui viennent perturber le bien-être des soignants.
La nature ou le beau temps sont des images choisies par plus de la moitié des soignants afin de décrire leur bien-être. Deux soignants associent le bien-être à des gens souriants, par contre un soignant nous informe qu'il associe le bien-être à aucune image. Tous les soignants ont une image agréable du bien-être, malgré que cette notion soit assez subjective, les soignants ont associé l'image du bien-être à des images qui leur font éprouver une sensation de bien-être.

9.1.3 Stress

D'après l'enquête CT-RPS (2016), parmi les indicateurs de conditions de travail, il y a également la demande émotionnelle qui fait partie des éléments d'exposition qui peuvent jouer un rôle significatif dans les risques psychosociaux. Effectivement, suite à ce qui a été rapporté par les soignants, les situations de tension comme les conflits avec les familles des patients et l'agressivité des patients ou des familles, provoquent du stress auprès du personnel soignant.

Les situations incontrôlables et indésirables comme un ARCA (arrêt cardio respiratoire) ou un décès ont souvent été relevées par le personnel soignant interrogé comme des circonstances stressantes.

De plus, la situation de changement inattendue suite à la fermeture de son service a impacté le bien-être du soignant pour laquelle il a été entendu par un psychologue. Comme nous le notifie Légeron P. (2015), un changement imprévisible est également une source de stress au travail. Cependant, nous pouvons remarquer que le changement n'a pas été relevé comme source de stress par le reste des soignants. Nous pouvons nous demander si c'est parce qu'ils n'ont pas vécu de changement au travail, s'ils n'ont peut-être pas pensé à le stipuler ou si cette situation n'était pas stressante pour eux ?

Les infirmiers mettent en évidence d'autres éléments qui ont provoqué du stress au travail comme la charge de travail intensifiée suite à un sous-effectif, les conflits entre collègues et la souffrance du patient. Les différentes situations décrites par les soignants comme l'agression, les conflits entre collègues, les décès, l'ARCA contribuent au mal-être de ceux-ci.

Le stress ressenti pendant les situations difficiles, par les soignants interrogés, est souvent associé à un sentiment négatif. Nous constatons que le ressenti des soignants sur le stress est très vaste. Suite aux situations stressantes, les soignants se sentent frustrés, irrités, anxieux et dépassés. L'un d'entre eux nous confie même avoir pleuré après de telles situations. Une accumulation de ces sentiments défavorables peuvent aboutir à une mauvaise santé physique et psychologique et ainsi avoir des conséquences sur la qualité des soins administrés aux patients (Lheureux et al., 2016).

Selon les propos tenus par les soignants, la plupart ont préféré appeler une personne compétente comme un psychologue au sein de la clinique pour discuter de la situation stressante ou simplement appeler leurs collègues et leur chef pour vider leur sac. D'autres ont également fait appel à la sécurité pour demander conseil lors des situations conflictuelles. De plus, comme expliqué dans la théorie, deux sortes d'ajustement sont possibles pour gérer des situations pareilles. Nous remarquons que pour faire face aux situations stressantes, la plupart des soignants font régulièrement appel à la forme de coping centré sur le problème (Cohen et Lazarus, 1979).

Outre cela, les soignants font également appel au coping centré sur l'émotion, en rigolant pour certains, en priant pour d'autres ou encore en écoutant de la musique. De plus, le fait de rire lors des situations difficiles permet au personnel soignant d'adopter une stratégie de défense (Pomerleau et al., 2013). Cette stratégie leur permet de se distraire afin de mieux gérer les différentes situations de stress.

Les moments de discussion et les groupes de parole avec un psychologue permettent aux soignants de parler de leurs sentiments, de leurs inquiétudes ou de leurs impuissances vécus lors des moments difficiles et renforcent la cohésion d'équipe (Molinier, 2008).
Les soignants nous relèvent qu'ils ont eu l'occasion d'exprimer leur ressenti suite à des situations de stress auprès de différents acteurs. Comme nous l'avons vu plus haut, le fait de s'exprimer auprès de personnes compétentes ou auprès des collègues leur permet de se sentir mieux. Certains se sont fait accueillir par la personne de confiance alors que d'autres ont retrouvés refuge auprès de leur conjoint.
Un soignant qui a effectué des mouvements fatigants et douloureux lors d'une réanimation a dû s'absenter durant 3 mois car cette situation d'urgence a engendré des répercussions sur son physique mais également sur son moral. La pénibilité physique est un des éléments d'expositions dans les indicateurs de conditions de travail (l'enquête CT-RPS 2016). Cet absentéisme a probablement mis les autres soignants en difficulté suite au manque du personnel.

9.1.4 Stratégies de bien-être

Nous avons pu mettre en évidence que la participation aux formations reste en dessous de la moyenne (4 sur 10). Les formations organisées ont été fort appréciées par les soignants et leurs ont permis de faire plus facilement face à certaines situations de stress. Celles-ci leurs ont également permis de gérer l'agressivité, de faire un travail sur eux-mêmes et de ce fait de prévenir les RPS (SPF santé 2020). Ces formations ont même permis à une personne de se sentir moins coupable lors des situations d'agressivité.
Nous remarquons que toutes les formations qui se font au sein de la clinique concernent des domaines spécifiques comme l'agressivité, le stress et la communication non violente, ce qui permet aux soignants de se perfectionner afin d'adopter des stratégies de défense. D'après Lheureux et al., (2016), donner l'occasion aux soignants de se former afin de développer ses compétences, leur permet d'être bien au travail. Néanmoins, un des soignants stipule qu'il n'a pas vu l'information sur la formation de gestion de stress circulée mais qu'il l'a su par une collègue. Or, la participation à cette formation l'aurait bien plu. Nous pouvons mettre en évidence que la méconnaissance de ce soignant peut être liée à une communication inefficace.
Par contre, plus de la moitié (6) de l'échantillon a préféré l'écoute par un psychologue. Les soignants nous ont fait savoir que les rencontres avec le psychologue se faisait au sein du service.

Les moments n'ont pas été cités car nous savons que les séances individuelles se font en commun accord ou la chef organise la rencontre avec le psychologue pendant les heures de travail.
Nous pouvons remarquer que les soignants ont donné plus d'importance et ont fort apprécié les rencontres avec ces psychologues.
En termes de facilité, il nous semble plus accessible de prendre un petit temps avec le psychologue que de participer à des journées entières de formation.
Les soignants nous signalent tous qu'ils ont entendu parler de l'un ou l'autre outil au sein de la clinique. Certains en connaissent plus que d'autres mais il est important de faire remarquer qu'aucun soignant n'a profité des outils disponibles au sein de l'institution. Les soignants n'ont pas pu profiter de l'opportunité soit par manque de temps soit par un souci de convenance d'horaire. Il est assez remarquable que quatre soignants ne soient malheureusement pas au courant des outils existants par manque de communication efficace ou par désintérêt. Par contre, tous les soignants ont eu l'opportunité de s'exprimer auprès de l'une ou l'autre personne. Lors des situations difficiles, les soignants nous rapportent qu'ils ont plus tendance à rencontrer les collègues, la chef et les psychologues. Certains ont même participé à des rencontres en équipe avec un psychologue interne ou externe. La rencontre avec le psychologue semble occuper une grande place importante dans le débriefing après une situation stressante. Le fait de débriefer avec d'autres personnes et surtout avec le psychologue, permet aux soignants d'avoir de meilleures relations avec leurs collègues et évite d'avoir des répercussions négatives sur leur bien-être physique et psychologique (Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Parler avec les collègues et la chef leur permet également de se serrer les coudes et ainsi renforcer la cohésion au sein de l'équipe.
En général, l'organisation des différentes stratégies s'effectue au sein de l'institution et pendant les heures de travail des soignants. De ce fait, nous remarquons que les formations étaient à leur convenance mais l'organisation des outils cités précédemment par les soignants lors des entretiens, ne les convenaient pas toujours. Un des outils comme le massage est prévu pendant les heures où la charge de travail est importante et qu'il est difficile pour les soignants de quitter leur service lors des soins pour se faire masser.
La moitié des soignants estime que les stratégies disponibles au sein de la clinique sont insuffisantes et nous évoque le désir de la mise en place de nouvelles stratégies pour pallier ce manque. Pour deux soignants, ce qui existent comme stratégies au sein de la clinique sont suffisantes pour contribuer à leur bien-être.

Cependant, il y a aussi des soignants qui s'abstiennent de s'exprimer sur la suffisance des stratégies suite à une méconnaissance de la totalité de celles-ci. Néanmoins, il y un soignant qui soulève le problème de sous-effectif, pour cette personne-là, si le problème de pénurie n'est pas solutionné, il serait impossible de profiter des stratégies existantes.

9.1.5 Accès et transmission des informations

La transmission des informations sur les stratégies de bien-être au sein de la clinique, se fait essentiellement par mail, intranet, affiche, chef et de bouche à oreille. Il nous semble pertinent de soulever que le système d'information joue un rôle central dans la communication des différentes stratégies. D'après la totalité des soignants, les différents moyens de communication disponibles au sein de l'institution sont faciles d'accès. Cependant, plus de la moitié (6) trouvent que les moyens de communication sont inefficaces vu qu'ils ne sont pas au courant de la totalité des stratégies. Il y a aussi un soignant qui trouve que la page d'intranet n'est pas assez captivante et qu'on pourrait faire mieux afin d'attirer l'attention des soignants quand on allume intranet. Selon certains soignants, le manque de temps peut également être un frein à la consultation des mails et des informations qui passent sur intranet. Moins de la moitié (4) de notre échantillon nous énoncent que les moyens de communication sont efficaces et qu'ils s'informent régulièrement afin de prendre connaissance des nouvelles informations mises à leur disposition. Malgré que plus de la moitié des soignants (6) trouvent les moyens de communication inefficaces, il est remarquable qu'ils n'aient aucune proposition à émettre pour améliorer ceux-ci. Il y a juste deux soignants qui suggèrent être informé par sms et WhatsApp. Toutefois, il nous semble essentiel de relever qu'un soignant désirerait être mis au courant par les cadres lors de leur passage dans les services.

9.1.6 Projets de bien-être

Les soignants qui ont été invités à émettre leurs propositions sur des nouvelles stratégies de bien-être, ont cité diverses suggestions afin d'améliorer ou de maintenir leur bien-être au travail. Celles qui sont les plus régulièrement proposées sont le sport, la détente et le débriefing. Certains proposent le massage à travers une cellule de bien-être afin de permettre une relaxation physique et un bien-être psychologique. De plus, le massage est efficace pour réduire le stress et l'anxiété (Ruotsalainen & al., 2015).

Un soignant nous révèle également que le fait d'être massé permet au soignant de mieux se sentir, ce qui le rend plus rentable au travail, cela rejoint l'étude de Chastel-Gignac V. & Rebiere-Putot S. (2015) qui notifie que le massage améliore la qualité de travail et permet aussi une amélioration sur les tensions dans le travail.
Pour remédier au problème de pénurie, un des moyens est d'attirer le personnel en leur proposant des jours de congé en plus (Janssens 2009), ceci rejoint les idées des soignants qui proposent avoir du personnel en suffisance et des jours de congé supplémentaires.
Un tiers des soignants entendus pensent que le fait d'avoir assez de personnel est une des meilleures stratégies pour le bien-être du personnel.
La musique proposée par un des soignants est aussi un moyen de se relaxer et de se sentir bien. En effet, d'après la littérature, la musicothérapie peut permettre aux personnes de rêver et ainsi de se détendre dans un climat chaleureux, et de ce fait facilite les relations avec les pairs (Hazif-Thomas C., Bomble C., Pintureau MT. & al., 1998).
Nombreux d'entre eux nous ont également parlé de maintenir le soutien psychologique que nous avons abordé précédemment et proposent aussi d'élargir ces groupes de parole avec d'autres services.
Certains souhaitent également organiser des teams building et des sorties en équipe afin de renforcer la cohésion et les relations entre collègues. Une minorité des soignants trouveraient sympa que les heures d'ouverture de la cafétéria soient plus adaptées aux horaires des soignants.
Cependant nous constatons que certains soignants nous amènent des propositions assez variées telles que : une salle de détente pendant les pauses, une crèche, des chèques-repas, une amélioration de l'accueil des nouveaux, la formation continue et le remboursement intégral des moyens de transport.

Cette première discussion nous a permis de répondre à notre question : **« Les soignants sont-ils satisfaits des différentes stratégies existantes ou souhaitent-ils d'autres méthodes ? »**
Nous avons pu mettre en évidence que les soignants trouvent les stratégies de bien-être existantes au sein de l'institution insuffisantes pour renforcer leur bien-être. Pour combler leur insatisfaction face aux stratégies insuffisantes, les soignants nous proposent une diversité de stratégies dans différents domaines. Ces stratégies proposées permettront d'atteindre un grand nombre de soignants et de ce fait améliorer le ressenti de ceux-ci en alimentant leur bien-être.

9.2 Discussion Echantillon 2 : les managers

Dans cette partie, nous allons également faire ressortir tous les éléments discutables de l'étude à l'aide des différentes catégories prédéfinies afin de répondre à notre question qui est :
« Les stratégies de bien-être proposées par l'institution (les managers) sont-elles adaptées et suffisantes par rapport aux attentes des soignants ou doit-on les renforcer ? »
Les six catégories les plus pertinentes qui sont en lien avec notre problématique sont : la **qualité de vie au travail**, le **bien-être**, le **stress**, les **stratégies de bien-être**, l'**accès et la transmission des informations** et les **projets de bien-être.**

9.2.1 Qualité de vie au travail

D'après les managers interrogés, il est assez remarquable que la charge de travail des soignants est perçue très élevée par tous les managers de proximité ainsi qu'un manager d'encadrement. Pour quatre managers (2 ME et 2 MT), l'intensité du travail des soignants est très variable selon les différents moments de l'année et les différents services. Un manager d'encadrement nous évoque que des tâches indirectes peuvent intensifier la charge de travail. Cependant, cette charge de travail s'alourdit également suite au manque du personnel soignant (Mathieu, 2019). Effectivement, Vagharseyyedin et al. (2011) ont montré aussi qu'il y avait une relation entre une charge de travail importante et une moins bonne qualité de vie. De plus, quatre managers (2 ME et 2 MT) soulèvent le problème de l'infirmière chef qui est comptée dans les normes du service et qu'ils prévoient prochainement de retirer celle-ci afin d'alléger la charge de travail des soignants. Selon le C.N.A.I./2005/AVIS -7, l'infirmière chef sera dispensée des prestations de soins afin qu'elle puisse se concentrer sur sa fonction de manager et suite à cela un équivalent temps plein sera ajouté au shift pour remplacer celle-ci. On constate que cette situation a été relevée seulement par les managers d'encadrement et transversaux, et les managers de proximité n'ont pas stipulé cette nouveauté. Ainsi suite à ce changement, les managers de proximité auront plus l'opportunité d'informer leur personnel des stratégies de bien-être.
Deux managers d'encadrement nous signalent que la reconnaissance des soignants passe par l'importance de prendre soin de leur personnel autant que de leurs patients. Comme nous l'avons vu dans la théorie, selon Dagenais & Desmarais & Privé (2010), les managers sont conscients que leur personnel doit être en bonne santé afin d'assurer une bonne productivité au sein de l'institution.

D’après plusieurs travaux (Gershon & al., 2007), on constate que le style de leadership des managers a une forte relation avec la qualité de vie au travail des employés. La totalité des managers estime que si le bien-être des soignants n’est pas pris en considération par ceux-ci, cela peut se répercuter sur la bonne entente de l’équipe et sur le bon fonctionnement du service et de l’hôpital, et dès lors avoir des conséquences sur la bonne prise en charge des patients (Williams & al., 2007). D’après Dagenais & Desmarais & Privé (2010), il est essentiel pour les institutions de prendre en compte le bien-être psychologique des soignants afin que l’institution soit rentable. Deux managers (1 ME et 1 MP) nous stipulent que les soignants qui se sentent bien et reconnus au travail, s’engageront plus facilement dans les projets de la clinique et s’impliqueront dans le bon fonctionnement et au succès de celle-ci (Dagenais & Desmarais, 2010). Donc si on tient compte du bien-être des soignants, ils seront beaucoup plus productifs au travail (Copranzano et Wright, 1999 ; Judge et al., 2001) et seront également plus favorables pour l’image de l’hôpital.

9.2.2 Bien-être

Plus de la moitié des managers (4 MP, 2 ME et 1 MP) avancent que le bien-être des soignants passe par un équilibre entre la vie privée et professionnelle. Selon eux, si les soignants ont des problèmes dans leur vie privée, ça se répercutera dans leur travail ou s’ils ont des problèmes dans leur travail, ça se répercutera dans leur vie privée. Certains managers (2 MT, 1MP et 1ME) ont déclaré que si l’environnement de travail n’est pas sécuritaire, qualitatif et ergonomique, ça pourrait se répercuter sur le bien-être des soignants. La loi du 4 août 1996 reprend également comme facteurs relatifs aux conditions de travail : la sécurité au travail, la protection de la santé au travail, l’ergonomie et l’environnement. Nous apercevons que la moitié des managers (4MP et 1 ME) donne une grande importance au bien-être de leur personnel afin que ceux-ci viennent travailler avec enthousiasme et plaisir.
Plus de la moitié des managers (3 MP, 2 ME et 1 MT) associent l’image du bien-être du personnel à un soignant souriant, ce qui nous permet de comprendre qu’ils donnent de l’importance à leur personnel. D’autres l’associent à un soignant qui travaille avec sérénité et joie. Moins de la moitié (2MP et 1 ME) la lient à la nature. Un manager d’encadrement fait allusion à une balance pondérée pour expliquer que le bien-être est l’équilibre entre la vie privée et professionnelle. Et un autre manager transversal l’associe à un puzzle où toutes les pièces s’imbriquent pour atteindre le bien-être.

9.2.3 Stress

La totalité des managers nous font part que tous les soignants ont eu l'opportunité de s'exprimer sur leur ressenti lors des situations stressantes. D'ailleurs dans l'étude réalisée par Altedia 2009, l'échange des salariés avec leurs supérieurs directs est un élément essentiel pour que les salariés se sentent entendus. D'après les résultats obtenus à travers les interviews, nous réalisons que différentes situations peuvent être source de stress pour les soignants. Parmi les situations les plus citées par les managers, on retrouve les situations d'urgences (ARCA) que rencontrent les nouveaux diplômés et l'agressivité des patients. Le discours d'un manager d'encadrement, nous informe que les soignants ne sont pas assez armés face au stress. En regard avec la littérature scientifique, nous pouvons déduire qu'une bonne stratégie de coping centrée sur le problème permet de gérer les priorités lors de la charge de travail intense (Cohen et Lazarus, 1979). D'après deux managers (1 MP et 1 MT), il y a aussi des soignants qui trouvent que la charge de travail, le sous-effectif et les conflits avec les patients, familles et collègues peuvent aussi être source de stress.

La totalité des managers nous communique l'existence d'une panoplie de démarches à disposition des soignants afin de les aider à gérer leur stress. Nous remarquons que ceux-ci sont écoutés par différents acteurs existants au sein de la clinique. Les managers de proximité ont surtout tendance à guider les soignants vers les psychologues alors que les autres managers les guident vers les acteurs tels que le conseiller en prévention, la personne de confiance, le médecin du travail ainsi que les psychologues.

En général, les managers sont incapables de nous dire les chiffres sur le taux d'absentéisme mais nous font savoir qu'ils reçoivent deux fois par an un tableau avec les taux d'absentéisme. Cependant, il y a qu'un seul manager d'encadrement qui nous informe des taux d'absentéisme au sein de la clinique. A travers nos entretiens, un manager de proximité nous informe sur l'existence d'un cas de burn-out depuis un an et demi et un autre nous annonce un cas de dépression depuis un an. Selon Gershon & al. (2007), le sous-effectif du personnel soignant engendré suite à un absentéisme, affaiblit la santé des soignants.

Nous constatons que la plupart des managers évaluent leur personnel soignant à l'aide de feedback oral. Ils nous font également part de l'existence de l'analyse RPS réalisée par différents acteurs. Effectivement, le fait de détecter les RPS au travail sont indispensables afin d'améliorer le bien-être des soignants (Machado, 2015). Contrairement à ce qui a été vu dans la théorie, on se rend compte qu'aucune échelle d'évaluation de bien-être des soignants n'a été évoquée par les managers.

D’après nos entretiens, nous remarquons que trois managers (2 ME et 1 MT) soulignent que des enquêtes sur le bien-être des soignants sont réalisées par la KULeuven également pendant la période Covid.

9.2.4 Stratégies de bien-être

Les différentes formations comme la gestion du stress, de l’agressivité, la communication non violente et la multiculturalité ont été citées par la totalité des managers. Ils nous ont aussi fait part que prochainement, la formation de Connecting Leadership qui existe déjà pour les managers sera élargie à l’ensemble des soignants.
Durant nos entretiens, les différents outils mis en place par la clinique ont été énoncés par tous les managers, ces outils sont la sophrologie, le massage, le fauteuil relaxant, la réalité virtuelle et l’acupuncture. En plus des outils relevés, un manager de proximité nous annonce qu’il organise également des petits moments de pause avec son personnel pour discuter et rigoler. Un manager d’encadrement cite également qu’un budget a été libéré afin que les managers de proximité organisent des teams building avec leur personnel.
Pour les managers, les soignants ne sont pas au courant de l’existence des différents acteurs et services auxquels ils peuvent faire appel en cas de situations stressantes. Par contre, un manager d’encadrement espère que les affiches mentionnant les coordonnées des personnes de contact aident les soignants à prendre connaissance des différents acteurs existants au sein de la clinique.
De plus, dix managers s’accordent à dire que la participation aux différentes stratégies par les soignants semble insuffisante suite à un manque de temps, à un manque de communication adéquate et à un manque de motivation. Ces différentes stratégies pourraient être suffisantes pour trois d’entre eux si elles étaient assez connues et assez exploitées par les soignants. D’après eux, les formations ont plus de succès auprès des soignants que les outils et ce sont souvent les mêmes personnes qui sollicitent celles-ci. Par ailleurs, un manager de proximité trouve que les stratégies existantes sont suffisantes pour satisfaire le bien-être du personnel soignant. Les managers nous informent que la participation aux différentes stratégies peut avoir des bénéfices directes et indirectes sur l’institution. Effectivement, un soignant qui se sent bien au travail sera plus productif, plus fidèle, s’impliquera plus et s’absentera moins. Ainsi, le soignant contribuera à une meilleure image de l’institution et aidera indirectement au recrutement au sein de l’institution.

Les stratégies sont organisées en journée complète ou demi-journée, par contre les outils sont souvent dans l'après-midi. Néanmoins, un manager de proximité est conscient que l'organisation des temps de massage ne convient pas toujours aux soignants car ceux-ci se font principalement en matinée lorsque la charge de travail est intense. Un manager transversal soulève que l'organisation des stratégies n'est pas évidente suite aux horaires variables des soignants. Par contre, la réalité virtuelle est le seul outil disponible 24H sur 24 pour les soignants.
Nous pouvons remarquer que les subsides accordés aux stratégies de bien-être proviennent entre autres par le fonds social des hôpitaux privés. Cependant, nous avons pu constater qu'il y a trois managers de proximité qui ne connaissent pas l'existence de ces subsides.

9.2.5 Accès et transmission des informations

La transmission des informations sur les stratégies de bien-être au sein de la clinique se fait essentiellement par mails, intranet, réunions et affichages. On peut remarquer qu'il y a quatre managers de proximité qui utilisent également d'autres outils de communication propre à leur service tels que l'infirmier référent (Spock), le mémo board ainsi que le WhatsApp, même si celui-ci est considéré comme un moyen de communication informel. Tous les managers nous ont stipulé que les soignants ont facilement accès à l'information. Néanmoins, deux managers de proximité estiment que ces moyens de communication sont efficaces contrairement au reste des managers. La totalité des managers interrogés a proposé toute une série de moyens de communication en plus, tels qu'un Spock, un petit mot dans le casier, un infirmier chef qui informe individuellement chaque soignant, WhatsApp/Facebook, une page d'intranet plus facilement utilisable et une application sur smartphone. De ce fait, les soignants seront plus facilement au courant des informations.

9.2.6 Projets de bien-être

Les propositions des managers concernant les différentes stratégies que l'institution pourrait mettre en place pour le bien-être des soignants touchent plusieurs domaines. Dans ces propositions, nous pouvons voir que tous les managers ont cité des stratégies qui ont trait à la détente et au sport. D'une part, on peut citer une salle de sport, de fitness, du yoga, des cours de zumba, la formation self-défense, le tai-chi et mindfulness.

En effet, mindfulness aide à gérer le stress et à permettre un bien-être psychologique (C. Hazif-Thomas et al., 2009). D'autre part, on peut citer des séances de massage, le fauteuil massant, la méditation et la sophrologie individuelle qui permettront d'améliorer la qualité de vie au travail, qui aideront à gérer le stress et à lutter contre l'épuisement professionnel (Chevassut-Pellen., 2017). Les sorties d'équipe et les repas financés par l'institution ont également été mentionnés à plusieurs reprises afin de renforcer les liens au sein de l'équipe et de ce fait favoriser le bien-être des soignants. Il y a également des après-midi crêpes, des cartes de glaces et un lunch multiculturel qui ont été proposés par les managers. Ils suggèrent également des stratégies assez variées, le plus remarquable est d'avoir suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail. D'autres avantages relevés par les managers qui pourraient également être bénéfiques pour les soignants sont des chèques cadeaux, une crèche et un remboursement des transports en commun.
A cela s'ajoute, les lunettes de réalité virtuelle, l'amélioration de l'accueil des nouveaux, la réintégration du personnel après une maladie de longue durée, les différentes formations (Work In Joy, Work Life Balance, Connecting Leaderschip pour les soignants) et la possibilité d'organiser une réunion d'équipe sans qu'un soignant soit obligé de quitter la salle.

Cette seconde discussion nous a permis de répondre à notre question : **« Les stratégies de bien-être proposées par l'institution (les managers) sont-elles adaptées et suffisantes par rapport aux attentes des soignants ou doit-on les renforcer ? »**
Nous relevons que les stratégies de bien-être mises à disposition par l'institution sont signalées insuffisantes par les managers afin d'améliorer le bien-être des soignants, elles sont également inadaptées vu le faible taux de participation aux différents outils. Les managers se rendent compte de la faiblesse de ces stratégies et de ce fait proposent une série de stratégies pour satisfaire leur personnel.

9.3 Discussion commune de nos deux échantillons

A travers cette partie, nous allons discuter des principaux résultats émanant de l'analyse de nos entretiens afin de mettre en commun ce qui a été dit par les soignants et par les managers. La confrontation des résultats nous permettra de répondre à notre question de recherche de départ qui est : **« Comment les stratégies proposées et mises en place par l'institution (les ressources humaines et les managers comme relais) pour favoriser le bien-être des soignants sont-elles ressenties par ces derniers ? ».**

La mise en commun de nos résultats, nous permettra également de répondre à la question suivante : **« Y-a-t-il une concordance entre les actions mises en place par l'institution (les managers) et les attentes des soignants sur leur bien-être ? ».**

9.3.1 Qualité de vie

Nous avons constaté dans nos deux échantillons que la charge de travail au sein des services est décrite comme assez importante. Les soignants et les managers nous rapportent que cette charge de travail s'intensifie surtout suite au manque d'effectif. Les soignants et les managers de proximité n'ont pas parlé de l'infirmière chef qui sera retirée des normes du service. Suite à ce changement, on pense que le travail des soignants sera soulagé et que la charge de travail sera ressentie moins lourde. Contrairement à certains managers, aucun soignant n'a fait part des charges administratives venant alourdir leur travail.

Nous pouvons remarquer qu'il y a une discordance entre les dires des soignants et ceux des managers concernant la prise en considération des soignants. Bien que tous les managers donnent l'opportunité aux soignants d'être écouté, la moitié des soignants nous disent qu'ils ne sont pas entendus par la hiérarchie. Suite à ces déclarations, on se demande si les managers qui écoutent les soignants, leurs donnent le sentiment d'être vraiment entendu ?

Nous apercevons que les managers donnent une grande importance au bien-être des soignants et estiment qu'il est primordial de leur accorder une reconnaissance. Selon certains soignants, les managers de proximité manifestent cette reconnaissance par une valorisation, un encouragement et un feedback positif. Pronost & al., (2008) affirment que le manque de reconnaissance joue un rôle important dans la qualité de vie. Contrairement à ce qui est dit par les managers, les soignants ne se sentent pas tous considérés par ceux-ci. Nous supposons que la reconnaissance est subjective et que chaque soignant l'interprète à sa manière. Cette reconnaissance ressentie par le soignant dépendra également de la relation entretenue avec les différents membres de la hiérarchie.

9.3.2 Bien-être

Nous avons pu mettre en évidence que le bien-être joue un rôle primordial dans la vie privée et professionnelle des soignants. Le maintien de cet équilibre a été relevé dans nos deux échantillons. Il s'avère que cet équilibre leur permettra une dissociation entre la sphère familiale et la sphère professionnelle.
Le bien-être représente pour les soignants et les managers, un travail caractérisé par la satisfaction et le plaisir, ainsi les empêche de venir travailler avec des pieds de plomb ou avec une boule au ventre.

9.3.3 Stress

Les éléments qui provoquent le stress chez les soignants sont les mêmes que ceux qui ont été cités par les managers. Par contre, quand les managers parlent de situations d'urgence qui peuvent engendrer le stress chez les soignants, ils stipulent surtout les jeunes diplômés, or que pour les soignants, cette situation d'urgence est stressante même chez les soignants ayant une ancienneté assez importante. Cependant, le changement et la souffrance des patients cités comme éléments stimulateurs de stress par quelques soignants, n'ont pas du tout été relevés par les managers interrogés. Suite à la théorie, on a pu constater que les hôpitaux font partie des organisations qui vivent beaucoup de changement (Légeron, 2015), il est vrai qu'il y a également pas mal de changement au sein de cette clinique surtout durant la période Covid, ainsi il est inévitable que le changement n'affecte les soignants.
Suite aux situations stressantes, nous pouvons observer que les managers donnent l'opportunité de s'exprimer et les soignants profitent de cette occasion pour exposer leur ressenti face au stress. Les différents acteurs d'écoute mis en avant par les soignants à savoir les psychologues et les groupes de parole sont similaires à ceux cités par les managers. La seule différence qui a été observée chez les soignants, est le fait qu'ils font également appel à leurs collègues afin de discuter des situations stressantes. Ce qui nous semble assez légitime car les collègues sont les premières personnes de proximité. En effet, aucun manager n'a cité les collègues comme acteurs sollicités lors de situations stressantes. Les managers d'encadrement et transversaux proposent aussi d'autres acteurs existants au sein de l'institution comme la personne de confiance, le conseiller en prévention et la médecine du travail. Ici aussi, il y a uniquement un soignant qui nous a fait part qu'il a fait appel à la personne de confiance. Nous remarquons que les soignants et les managers de proximité ne font pas appel à ces différentes personnes en cas de besoin.

Cette pratique n'est pas dans leurs coutumes, en effet, il est plus facile de discuter avec les collègues, les chefs et psychologues du service que de faire les démarches nécessaires pour contacter ces personnes. Nous apercevons que certains soignants utilisent des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Cohen et Lazarus, 1979) en plus des stratégies de coping centrées sur le problème. Il serait peut-être intéressant que les managers donnent la possibilité aux soignants d'écouter de la musique et de prier au sein de leur service.
Suite aux entretiens menés au sein de la clinique, nous observons trois cas d'absence liés à une souffrance psychologique cités par un soignant et deux managers de proximité. Ces cas d'absentéisme relevés au sein de nos échantillons nous paraissent assez importants.

9.3.4 Stratégies de bien-être

Plusieurs stratégies de bien-être ont été énumérées lors des interviews, dès lors, nous constatons que les différentes formations relatées par nos deux échantillons sont identiques. Ces formations consistent surtout à la gestion du stress, de l'agressivité et de la communication non-violente pour aider le personnel soignant à affronter les situations difficiles. La sophrologie et le massage sont les outils les plus mentionnés lors des entretiens, à cela viennent s'ajouter également les acteurs comme le psychologue et le chef. Ce qui attire notre attention, c'est que les soignants ne sont pas au courant de la totalité des acteurs à qui ils peuvent faire appel lors de situations stressantes, cette constatation rejoint bien les dires des managers qui confirment que les soignants ignorent l'existence des différents acteurs ou services.
L'une des stratégies la plus utilisée par les soignants est la rencontre avec le psychologue afin de faire un feedback sur le vécu. Ce qui a été remarqué, c'est que la participation aux formations reste minoritaire par rapport aux rencontres avec les psychologues. Les soignants ont préféré rencontrer les psychologues peut-être par facilité car cela se fait au sein de leur service et pendant les heures de travail. Par ailleurs, la participation aux différents outils est inexistante pour les soignants, ce qui rejoint également les dires des managers. En effet, les managers nous rapportent que le taux de participation aux diverses stratégies reste assez faible au sein de la clinique.
Suite à la participation aux différentes stratégies (formation et psychologue), on peut relever des bienfaits auprès des soignants, qui sont également soulignés par les managers. Les managers ajoutent aussi que ces bénéfices sur le bien-être des soignants peuvent être favorables à l'image de l'institution. C'est une image vis-à-vis des soignants qui pourraient venir travailler dans la clinique.

Concernant l'organisation des stratégies, les managers mettent le doigt sur la difficulté de la programmation de celles-ci, ce qui est en forte relation avec les dires des soignants qui sont dans l'impossibilité de participer aux massages suite aux conflits d'horaire.
Les managers et la moitié des soignants ont relaté à plusieurs reprises que la disponibilité d'horaire des stratégies et la connaissance de la totalité de celles-ci sont insuffisantes au sein de la clinique. Toutefois, il y a un manager de proximité et deux soignants qui sont d'accord sur le fait que les stratégies sont suffisantes pour faire face au stress.
D'ailleurs, un seul soignant signale que la meilleure stratégie qui peut exister pour alimenter le bien-être des soignants, est d'avoir du personnel en suffisance. D'autre part, un manager transversal est aussi du même avis que ce soignant, il mentionne que la meilleure stratégie pour maintenir le bien-être des soignants est de respecter le nombre d'effectif selon la charge de travail. Le fait que les autres soignants n'ont pas fait part de cette solution est assez frappante, puisque précédemment beaucoup d'entre eux avaient relevé le problème de sous-effectif qui impactait leur bien-être au travail.

9.3.5 Accès et transmission des informations

Les moyens de communication utilisés au sein de la clinique sont connus par les deux échantillons. Les moyens les plus souvent cités par ceux-ci sont les mêmes à savoir les mails, l'intranet, l'affichage et l'information donnée par le chef de service. D'ailleurs, Haberey-Knuessi a montré que la communication informelle joue un rôle important dans la continuité et la qualité de l'information lors des moments de convivialités (2013). Cependant, il y a quelques managers de proximité qui relèvent l'utilisation d'autres moyens de communication propre à leur service comme le mémo board, le référent et WhatsApp. Les soignants qui travaillent avec ces managers, n'ont à aucun moment fait part de l'utilisation du mémo board et du référent.
Les soignants et les managers sont d'accord sur le fait que les moyens de communication sont faciles d'accès pour la diffusion de l'information sur les stratégies de bien-être. Malgré cela, la majorité des managers et des soignants trouvent ces moyens infructueux parce que les soignants n'ont pas l'occasion de prendre connaissance des différentes informations suite à un manque de temps lié à la charge de travail. De plus, selon Haberey-Knuessi (2013), l'utilisation des moyens de communication dépend des soignants et du temps qu'ils y accordent. Ils notifient aussi comme frein à la connaissance des informations, le fait que l'utilisation de l'intranet n'est pas aisée.

Les soignants qui trouvent les moyens de communication inefficaces, ne proposent malheureusement pas de moyens supplémentaires, alors que les managers font plus de propositions comme le Spock, Facebook, WhatsApp, application sur smartphone et une page intranet facilement utilisable.

9.3.6 Projets de bien être

Parmi les stratégies les plus fréquemment proposées par nos deux échantillons, une salle de sport et une salle de détente sont les plus recommandées. Comme nous avons pu le constater précédemment, le reste des propositions restent assez variées et touchent différents domaines. Une autre stratégie de bien-être pour un soignant et un manager transversal, est le fait d'avoir assez d'effectif au sein des équipes, ce qui leur donnera la possibilité de participer plus facilement aux différentes stratégies. En plus de ces propositions, un soignant et un manager de proximité désirent faire appel à l'équipe mobile pour pouvoir organiser des teams building avec la totalité de l'équipe et des réunions d'équipe sans être interrompus.
Enfin, suite à nos analyses, nous avons pu mettre en évidence que dans la grande majorité des cas, les dires des soignants rejoignent bien les dires des managers de proximité. Il y a quelques points qui n'ont pas été relevés par les soignants tels que le Spock ou le mémo board qui sont utilisés comme moyens de diffusion d'informations par les managers de proximité. Il y a également un manager de proximité qui a parlé de la différence de sites comme frein à l'accessibilité des stratégies alors que ses soignants n'ont pas stipulé ce problème-là.

Cette discussion commune nous a permis de répondre à notre question : **« Y-a-t-il une concordance entre les actions mises en place par l'institution (les managers) et les attentes des soignants sur leur bien-être ? »**
Nous constatons qu'il y a une discordance entre les stratégies de bien-être mises en place par l'institution et les attentes des soignants. Cette discordance concerne premièrement la diversité des stratégies qui n'est pas adaptée aux attentes des soignants. Deuxièmement, la méconnaissance des soignants sur l'existence de la totalité des stratégies. Et enfin la disconvenance de la disponibilité des horaires des stratégies.
En effet, ce que propose l'institution ne satisfait pas les soignants, c'est la raison pour laquelle les managers souhaitent que l'institution instaure d'autres stratégies pour compléter celles qui existent déjà.

Les managers souhaitent que l'institution instaure une multitude de stratégies afin de satisfaire une majorité de soignants. Ils nous font également savoir qu'ils sont prêts à implanter des stratégies pour renforcer le bien-être de ceux-ci.

9.4 Tableau récapitulatif des stratégies existantes au sein de différentes institutions hospitalières à Bruxelles.

Nous avons rencontré plusieurs personnes (psychologues, membres RH, directeur des soins infirmiers, etc.) travaillant dans différentes institutions hospitalières à Bruxelles. Ces rencontres nous ont permis de voir les stratégies qui existent, celles qui ont été instaurées récemment et celles qui seront instaurées dans le futur au sein de chaque institution. La clinique dans laquelle nous avons mené notre recherche est **l'hôpital F**.

	Stratégies existantes :
Hôpital A	Groupe de parole organisé par deux psychologues (débriefing) Entretien individuel ou collectif avec le psychologue Espace de parole à la demande de la hiérarchie et du médecin Relaxation, yoga, sophrologie
Hôpital B	Onglet préventif avec coordonnées des différents services d'aide Formation interne : gestion du stress et de l'agressivité Formation de prévention de burn-out pour les managers afin de détecter les signes avant-coureurs Fauteuil de massage Carte sport au prix de trente-cinq euros par an et remboursé en partie par la mutuelle Groupes de parole pour les soins intensifs et les soins palliatifs et sur demande de la hiérarchie pour les autres services
Hôpital C	Entretien collectif ou individuel pour débriefer une situation Formation : communication non violente Formations externes : Gestion de stress et des émotions Mindfulness Blue care : gestion de stress par respiration effectuée par un ostéopathe Massage bien-être de 20' effectué par un ergothérapeute dans le service
Hôpital D	Massage assis « flash » dans les unités de soins Massage temps de midi Cours gratuits de yoga et de relaxation
Hôpital E	Workshop et formations sur le bien-être pour reconnaître et normaliser le stress Programme sport (Basic fit sur le site)
Hôpital F	Sophrologie Ostéopathie Soutien psychologique par des psychologues externes

	Stratégies instaurées après Covid
Hôpital A	Espace de parole maintenue mais par vidéo conférence Passage hebdomadaires des psychologues dans les unités Covid sur le temps de midi Plateforme d'écoute Ligne téléphonique
Hôpital B	Bons à valoir de 50€ pour des aides ménagères, pour des gardes enfants, etc.
Hôpital C	Cellule psy : composé de psychologues internes et font ainsi des débriefings en équipe SAS (service aux soignants) : casque de réalité virtuelle, luminothérapie-relaxation, auto-hypnose, cohérence cardiaque Fauteuil confortable dans un local avec tv TCC (thérapie comportementale cognitive) Massage bien-être par 2 kinés qui viennent en renfort, se fait par inscription Formation post Covid fait par des psychologues
Hôpital D	Programme d'assistance psychologique aux employés Cellule interne de soutien psychosocial
Hôpital E	Accueil psycho-social pour le personnel Formation Gestion de stress, anxiété et incertitude
Hôpital F	Réalité virtuelle Massothérapie Soutien psychologique par des psychologues internes et externes

	Pour qui?
Hôpital A	Pour tous les collaborateurs
Hôpital B	Pour tous les collaborateurs et une formation spécifique pour les managers
Hôpital C	Formation gestion de stress et des émotions, mindfulness pour tous les collaborateurs
	Tous les autres outils que pour les soignants (698 ETP)
Hôpital D	Pour tous les collaborateurs
Hôpital E	Pour tous les collaborateurs
Hôpital F	Pour tous les collaborateurs

	Prise en charge financière
Hôpital A	Par l'hôpital
Hôpital B	Par l'hôpital sauf pour carte de sport
Hôpital C	Par l'hôpital
Hôpital D	Par l'hôpital
Hôpital E	Par l'hôpital sauf l'abonnement sportif, une partie est à la charge des collaborateurs
Hôpital F	Par l'hôpital sauf l'ostéopathie est à charge du collaborateur

	Moyens de communication
Hôpital A	Intranet
Hôpital B	Intranet
Hôpital C	Mails personnels à chaque personne et affiche dans les services
Hôpital D	Intranet
Hôpital E	Intranet
Hôpital F	Intranet et mails professionnels

	Projets futurs
Hôpital A	Pas cité
Hôpital B	Sophrologie, méditation, yoga dès que l'environnement le permettra après la construction du nouveau bâtiment
Hôpital C	Pas cité
Hôpital D	Cours de sport
	Espace de détente et de bien-être avec des fauteuils massants
	Ateliers de bien-être
Hôpital E	Nourriture saine
	Gestion d'agression et de communication
Hôpital F	Work In Joy
	Budget pour team building
	Connecting Leaderschip pour les soignants
	Focus groupe Work Life Balance
	Réalité virtuelle élargie pour la totalité des soignants

9.5 Limites de l'étude

Dans cette partie, nous allons énumérer quelques limites que nous avons rencontrées durant la réalisation de notre mémoire.

Tout d'abord, vu que nous sommes toutes les deux des professionnelles de la santé, nous avons trouvé la réalisation de nos entretiens pas toujours évidente. Le fait que les entretiens aient été réalisés auprès des soignants par une infirmière et que les entretiens des managers ont été effectués par un manager, il nous était difficile d'être objectives dans la réflexivité de notre travail.

Une autre limite est d'avoir eu durant nos entretiens quelques interruptions qui ont perturbées le bon déroulement de ceux-ci. Suite à cela, on a dû arrêter nos enregistrements afin de les reprendre par la suite.

Concernant l'échantillon des soignants, il aurait pu également été intéressant d'interroger le personnel de nuit afin d'enrichir notre recherche mais vu les circonstances d'organisation, il nous était difficile de les interroger durant les heures de travail. D'après certains managers de proximité, il était compliqué de fixer un rendez-vous avec ces soignants-là.

En ce qui concerne l'échantillon des managers, nous avons dû reformuler à plusieurs reprises certaines questions suite à une mauvaise compréhension de celles-ci car la majorité des managers étaient néerlandophones. Vu les différents échelons de la hiérarchie qui ont été interviewés, on réalise que notre échantillon n'est pas homogène pour récolter les éléments sur les stratégies de bien-être. Nous réalisons également que cet élément peut être une richesse mais aussi une limite à notre recherche. Tous les managers de proximité étaient concentrés uniquement sur leur personnel soignant alors que les autres managers avaient tendance à penser pour tout le personnel de l'hôpital.

Nous sommes conscients que nos échantillons ne sont pas représentatifs de l'ensemble du personnel de la clinique vu la diversité des corps de métier. De plus, notre échantillon est restreint et ne permet pas de généraliser les résultats.

9.6 Forces de l'étude

Grâce à l'une des deux qui travaille en tant que manager au sein de la clinique, nous avons eu facilement accès à notre public cible et au comité d'éthique.

La comparaison de deux niveaux différents, d'une part les soignants et d'autre part les managers, nous a permis d'enrichir la qualité de notre recherche. Cette méthode nous a permis de montrer la complémentarité de nos deux parties.

Travailler à deux sur ce mémoire était très intéressant et très enrichissant car cela nous a permis d'améliorer nos compétences de recherche et d'analyse.

9.7 Recommandations

Cette partie est consacrée à l'exposition des recommandations proposées par nos managers et nos soignants afin d'améliorer ou de maintenir le bien-être des soignants. De ce fait, nous avons été aiguillées par nos interviewés pour pouvoir proposer des pistes d'action.
De cette sorte, les souhaits des interviewés ont été très vastes, une salle de sport a été essentiellement fort demandée. Dès lors, il serait très appréciable de pouvoir créer une salle de sport au sein de la clinique qui englobe différentes pratiques. En effet, une enquête auprès des soignants serait très intéressante afin de pouvoir faire émerger leurs souhaits. Cette méthode permettrait aux soignants d'être les initiateurs du projet bien-être « **sport** » au sein de la clinique.
Dans le même ordre d'idée, mais plutôt dans la « **détente** », les différentes sortes de méditation proposées par les interviewés pourront être mises en place. Grâce à la même méthode énoncée plus haut, des sondages pourraient être réalisés auprès des soignants de manière à pouvoir faire émerger les stratégies fortement demandées. La **sophrologie** collective peut également se faire individuellement au sein des services. Outre cela, nous pouvons également proposer d'adapter les horaires de **massage** qui existent déjà au sein de la clinique dans le but de faire profiter aussi les soignants. Etant donné que l'onco-esthéticienne est seule à assumer les séances de massage, il serait intéressant de faire appel à des personnes compétentes dans le domaine pour créer une équipe de massage qui passerait dans les services pendant les heures de travail. Une autre alternative est de former le personnel soignant pour masser les collègues du service.
Dans les deux cas, cette manière de récolte permettra d'instaurer les stratégies les plus adaptées aux soignants.
Si la structure architecturale de l'institution donne la possibilité d'aménager des « **locaux de bien-être** », la mise en place des activités peuvent probablement être réalisées avec un budget minimal. Le matériel qui est à la disposition des kinésithérapeutes peut également être employé pour les soignants. Cependant, toute personne travaillant au sein de la clinique avec des compétences dans les domaines cités plus haut, peuvent être les formateurs informels de bien-être. Les **lunettes de réalité virtuelle** qui existent déjà pour les patients et qui sont utilisées dans peu de services, peuvent être mises au profit des soignants dans ces locaux.

Afin de permettre au personnel de se ressourcer et de prier, un autre **local** pourrait aussi être mis à leur disposition.

Un point dont les interviewés donnent beaucoup d'importance est de pouvoir renforcer les liens entre différents membres du personnel. Quelques **petites activités** au sein de la clinique (partage de crêpes, de glaces ou autres) peuvent être mises en place afin de renouer les liens et ainsi de créer ou de maintenir une ambiance chaleureuse. Si le budget de l'institution le permet, grâce aux subsides reçus, offrir une occasion de **sorties d'équipes** renforceraient également les relations collégiales. En effet, la participation de la majorité de l'équipe au **team building** pourrait être assurée par le remplacement du personnel à l'aide d'**intérimaires et de l'équipe mobile**.

L'institution pourrait également contribuer à la modification de la **page d'intranet** afin que celle-ci soit plus captivante et attractive, ce qui inciterait les soignants à aller plus souvent consulter le site. De plus, si cette page ne défile pas régulièrement et qu'elle reste fixe durant un moment donné, on évitera la perte d'information sur le bien-être. Dans le cadre de la diffusion des informations, les **affiches d'information** peuvent être améliorées afin d'attirer l'attention des soignants. Ces affiches conçues avec un meilleur design, devraient comporter les éléments clés de l'information à diffuser. Outre cela, nous pouvons éventuellement proposer la mise en place d'un **Spock** par service comme l'a relevé l'un des managers de proximité afin de permettre la diffusion des informations.

De même, les horaires des stratégies peuvent être **adaptés aux horaires** des soignants afin que les trois shifts puissent y participer plus facilement.

De plus, les **managers de proximité** peuvent servir d'interface avec une certaine régularité de façon individuelle ou collective, ce moment pris lors d'une évaluation ou d'un entretien avec le soignant lui permettra de les informer sur les stratégies existantes et/ou de recommander une stratégie particulière.

La pénurie est un problème récurrent dans le secteur des soins de santé et persiste aussi dans cette institution, donc il faudra probablement analyser le domaine de recrutement afin de pouvoir faire face à l'environnement concurrentiel. Ce point pourrait être une question de recherche d'un autre mémoire.

Une recommandation qui nous semble pertinente est de pouvoir élargir cette recherche à tous les professionnels de la santé et à d'autres institutions. Cette recherche nous permettrait d'approcher notre sujet d'une manière quantitative.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre mémoire était de répondre à notre question de recherche :
« Comment les stratégies proposées et mises en place par l'institution (les ressources humaines et les managers comme relais) pour favoriser le bien-être des soignants sont-elles ressenties par ces derniers ? »
Pour ce faire, nous avons réalisé une revue de la littérature et une étude dans un hôpital bruxellois à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de dix soignants d'une part et d'onze managers d'autre part. Il s'avère que nous avons prédéfini six catégories et fait émerger des thèmes. L'analyse de nos résultats nous a permis de répondre à nos questions de recherche.

Le bien-être des soignants est une notion qui a déjà été traitée maintes fois dans la littérature. Chaque soignant au cours de sa carrière peut être confronté au mal-être ou à la souffrance. Dès lors, pour réduire ou limiter les risques psychosociaux, il est primordial d'informer les soignants ou d'instaurer les stratégies de bien-être. Néanmoins, il est nécessaire de prendre en considération les facteurs favorisants des risques psycho-sociaux afin de prévenir le mal-être et la souffrance des soignants. Une attention particulière pourrait être accordée aux évaluations de bien-être des soignants afin de détecter à temps les facteurs défavorables pour leur bien-être. Dès lors, nous avons pu démontrer que les situations d'urgences, l'agressivité des patients et les conflits avec les collègues peuvent être vécus comme une source de stress importante et ainsi nuire au bien-être des soignants. De ce fait, le défi des soignants et des managers est d'améliorer la qualité de vie au travail au sein des institutions (Brunault & al., 2012).
Cette étude nous a permis de comprendre l'importance de la relation entre la hiérarchie et les soignants. Cela nous a permis de comprendre le ressenti des soignants d'une part et les pratiques professionnelles des managers d'autre part. On a pu mettre en évidence les souhaits des soignants en termes de bien-être. Le but de notre recherche est d'obtenir un équilibre entre les demandes et les besoins des soignants, et les propositions de l'institution. Suite à la demande des soignants et aux propositions faites par les managers, l'institution pourrait renforcer les stratégies existantes et faire participer les soignants dans les « projets bien-être ». Au vu de la motivation des soignants face à leur bien-être, il nous semble que l'inclusion des soignants dans les projets bien-être est essentielle dans une institution hospitalière pour améliorer la qualité de vie au travail.

Un des enjeux de la santé publique est de remédier au problème de pénurie dans le secteur des soignants, en effet les soignants qui ont une bonne qualité de vie au travail, continueront à travailler au sein de cette institution, ce qui aidera à solutionner le problème de pénurie (Lu et al., 2005). On peut favoriser la satisfaction du personnel soignant en exploitant plusieurs stratégies de bien-être mises en place au sein de l'institution. Cette satisfaction permettra aux soignants d'améliorer la qualité de leur travail, ce qui se répercutera sur la qualité des soins prodigués aux patients, et indirectement impactera le bon fonctionnement de l'institution. De ce fait, il est primordial de prendre en compte le bien-être des soignants. Pour cela, il faudrait une diversité de stratégies qui favoriserait le bien-être au travail afin de satisfaire un maximum de soignants.

De plus, la communication est capitale pour la diffusion de l'information sur les stratégies de bien-être. Le manager de proximité tient un rôle essentiel dans la diffusion des informations. « *La communication de l'information entre les membres de l'équipe d'un groupe joue un rôle central dans le système qu'est le groupe* » (Forsyth, 2010, p.50). De plus, si le personnel soignant accède facilement à l'information, cela contribuerait à leur bien-être (Spence Laschinger et al., 2014). Le fait d'avoir une connaissance des stratégies, une accessibilité aux stratégies suite à la convenance des horaires et une satisfaction des soignants face aux stratégies existantes vont également leur permettre de contribuer à leur bien-être.

Maintenant, il reste à savoir comment améliorer ce système de transmission et d'information ?

La prise en considération du bien-être des soignants et la reconnaissance de ceux-ci par les managers vont leur permettre d'être épanoui et de vivre des expériences positives au sein de leur travail. En effet, le personnel soignant a besoin de se détendre et se sentir bien pour être plus performant, productif et rentable au travail. Selon les auteurs Dagenais & Desmarais (2010), les managers sont conscients que les salariés doivent avoir une bonne santé pour atteindre et garder un travail productif. C'est pourquoi, les managers doivent garder à l'esprit que leur personnel doit pouvoir satisfaire leurs besoins. Dès lors, il faudrait offrir aux soignants une diversité de stratégies afin d'atteindre un maximum de soignants.

Nous avons pu mettre en évidence qu'une bonne cohésion d'équipe et le fait d'échanger avec les pairs, les chefs et les psychologues, permettent aux soignants de se sentir mieux. De plus, Forsyth nous informe que la cohésion d'équipe est amplifiée par les team-building (2010). Dès lors, on peut déduire qu'une bonne relation entre collègues faciliterait le transfert d'informations au sein d'une équipe.

Finalement, nous constatons qu'il y a une discordance entre les stratégies de bien-être mises en place par l'institution et les attentes des soignants. Les raisons de cette discordance sont le fait que les stratégies proposées par l'institution ne conviennent pas aux attentes des soignants, ceux-ci ignorent la totalité des stratégies et les horaires des stratégies proposés ne sont pas appropriés à leurs disponibilités.

Pour conclure, nous constatons que la mise en place de nouvelles stratégies permettra de favoriser le bien-être des soignants. Il nous semble que la concordance entre les demandes des soignants et la motivation de l'institution d'instaurer de « **nouveaux projets bien-être** » est essentiel dans le milieu des professionnels de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, *29*(1), 243-260.
- Aujoulat, I. (2019). Introduction à la psychologie de la santé. Notes de cours. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe Saint Lambert.
- Aujoulat, I. (2020). Introduction ou méthodes qualitatives en santé publique. Notes de cours. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe Saint Lambert.
- Badger, JM. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure to comfort-oriented care. *Heart& Lung*, *34*(1), 63-68.
- Beh, L. & Rose, R. (2007). Linking quality of working life and job performance: implications for organizations. *Performance Improvement, 46*(6), 30-35.
- Biétry, F. & Creusier, J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de Gestion des Ressources Humaines, 87*(1), 23-41.
- Boisson, M., Godot, C. & Sauneron, S. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous. Centre d'analyse stratégique.
- Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers, 3*(118), 85-96. www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-85.htm
- Bolger, N. & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(3), 458-475.
- Bradburn, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Aldine.
- Brun, J-P. (2010). La reconnaissance au travail. *Sciences humaines*.
- Brun, J.-P. (2013). La reconnaissance : des revendications collectives à l'estime de soi (Sciences Humaines Editions ed.).
- Brunault, E., Fouquereau, N. & Gillet. (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Lamarre. pp. 49-59.
- Cardosso, (2004). Meditation in health: an operational definition. *Brain Res Protoc, 14(58-60).*

- Castro, D. (2020). Aider psychologiquement les soignants dans la crise de la covid-19. *Le journal des psychologues,7*(379), 19-24. https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-7-page-19.htm
- Chastel-Gignac, V. & Rebiere-Putot, S. (2015). Bénéfice du massage de soignants en EHPAD dans le cadre de leur travail. Université Paris Descartes.
- Chevassut-Pellen, J. (2017). La sophrologie, un outil de bien-être anti-stress, au service des patients et des équipes soignantes en milieu hospitalier. *Guide de sophrologie appliquée, 2*, pp. 21-32.
- Cohen, F. et Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness, in G.C. Stone, F.C. Cohen et N.E. Adler, (Eds). Health psychology: a handbook. Jossey-Bass.
- Court, S. (2003). Work and enterprise panel of enquiry: links between the quality of working life and productivity. HSE.
- Coutrot, T. (2018). Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. Dares.
- Cropanzano, R. & Wright, T. (1999). A 5-year study of change in the relationship between well-being and job performance. *Consulting Psychology Journal: Practice & Research, 51*(4), 252-265.
- Cutrona, C. & Russell, D. (1987). The provision of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships, 1*, pp. 37-67.
- Cutrona, C. &Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediationel model of postpartum depression. *Child Développement, 57*(6), 1507-1518.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). Du bien-être psychologique au travail : fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit. Université de Montréal.
- Dagenais-Desmarais, V. & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail ? *Gestion, 35*(3), 69-77. https://www.cairn.info/revue-gestion-2010-3-page-69.htm
- Dean, E. (2012). Building resilience. *Nursing standard,26*(32), 16-18.
- Delbrouck, M. (2011). Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck Supérieur.
- De Oliveira, S., Norma V., Dantas, L., Marcia, T., Rollemberg, C. & Élissa, J.E. (2007). Collective Defense Strategies: tactics to mitigate suffering in nurse's hospital work. *Online Brazilian Journal of Nursing*,6(3), 9.

- Dienesh, R.M & Liden, R.C. (1986). Leader-member exchange model of leadership: A critique and further development. *The Academy of Management Review, 11*, pp. 618-634. http://dx.doi.org/10.2307/258314
- Diez, R. & Carton, P. (2013). De la reconnaissance à la motivation au travail. *L'Expansion Management Review, 150* (3), 104-112. https://doi.org/10.3917/emr.150.0104
- Dose, E., Desmuraux, P. & Colombat, P. (2019). Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction par des besoins psychologiques. *Psychologie du travail et des organisations, 25*, pp. 251-268.
- Dudman, J., Isaac, A. & Johnson, S. (2015). Revealed: how the stress of working in public services is taking its toll on staff, The Guardian. Retrieved from http://www.theguardian.com/society/ 2015/jun/10/stress-working-public-services-survey.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchinson, S. & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology, 71*, pp. 500-507. http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Apllied Psychology, 87*, pp. 565-573. http://dx.doi.org/10.1037//0021-9010.87.3.565
- Elizur, D. & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. Applied Psychology, 39(3), pp. 275-291.
- Emeriat, A-M. (2012). De la souffrance au bien-être au travail : contribution à la compréhension du bien-être psychologique des soignants à l'hôpital. Université Lumière Lyon 2.
- Fabrique Spinoza, (2013). Guide pratique des outils de mesure du bien-être au travail.
- Fischer, C. (2014). Conceptualizing and Measuring Wellbeing at Work. In C. L. Cooper (Ed.), *Wellbeing*, pp. 1-25.
- Fischer, S.A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. J *Adv Nurs*, *72*(11), 2644-2653. https://doi.org/10.1111/jan.13049

- Forest, J., Dagenais-Desmarais, V., Crevier-Braud, L., Bergeron, E. & Girouard, S. (2010). Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. *Revue internationale de gestion, 35*(3), 20-26.
- Forsyth, D. R. (2010). Group dynamics (5 ed.). Belmont, Calif.; United Kingdom: Wadsworth/Cengage Learning.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980). Burnout: How to beat the high cost of success. Bantam Books.
- Gao, Y.-Q., Pan, B.-C., Sun, W., Wu, H., Wang, J.-N. & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry, 12*(1),141.
- Gauci, B.R. & Norman, I. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies, 34*(6), 385-394.
- Gershon, R. R., Stone, P., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K. & Chou, S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. Industrial Health, 45(5), 622-636.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Forest, J., Brunault, P. & Colombat, P. (2012). The impact of organizational factors on psychological needs and their relations with well-being. Journal of Business and Psychology, 2, pp. 437-450. http://dx.doi.org/10.1007/s10869-011-9253-2
- Givens, J. L., & Tjia, J. (2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine, 77*(9), 918–921.
- Gobert, P. (2020). Fonction de ressources humaines et relations de travail. Notes de cours. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe Saint Lambert.
- Gollac, M. & Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- Gowdy, E.A. (1988). The application of quality of work life research to human service management. In: Patti R. J. Managing for Service Effectiveness in Social Welfare. Haworth Press, p. 162.
- Gurses, A., Carayon, P. & Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Services Research, 44*(2 Pt 1), pp.422-443.
- Habermas J. (1987). Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'action et rationalisation de la société, 1. Fayard.

- Haberey-Knuessi, V. (2013). L'engagement infirmier : un défi éthique et un enjeu de sens. Seli Arslan.
- Harter, J.K., Schmidt, F.L. & Hayes, T.L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 87*(2), 268-279.
- Hazif-Thomas, C., Bomble, C., Pintureau, MT. & al (1998). Musicothérapie et maladie d'Alzheimer. Innovation réalisée dans une institution gériatrique. *Infirm Ger* 12(35).
- Hazif-Thomas, C., Roulleaux, J. & Thomas, P. (2009). Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie, 9*, pp. 251-255. https://doi:10.1016/j.npg.2009.06.005
- Haberey-Knuessi, V., Heeb, J-L. & De Paula, E-M. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Association de Recherche en Soins Infirmiers, 4*(115), 8-18 https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents: Sonya Healy and Mark Tyrrell discuss the strategies doctors and nurses think they need to cope with stressful events in emergency departments. *Emergency Nurse, 20*(10), 32-37. https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.32.s8
- Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing, 60*(1), 1-9.
- Janssens, A. (2009). Een (personeels-)psychologisch perspectief op de instroom van immigranten in de gezondheidszorg. Beschrijving van de problematiek en exploratie van optimaliseringspraktijken. Masterproef, KULeuven.
- Judge, T. A., Thoresen, C.J., Bono, J. E. & Patton, G.K. (2001). The job satisfaction – job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin, 127*(3), 376-407.
- Kapsambelis, V., (1997). Termes psychiatriques d'origine grecque. Éditions Masson.
- Katz, J., Wowk, A., Culp, D. & Wakenling, H. (1999). Pain and tension are reduced among hospital nurses after on site massage treatments. A pilot Study J. *Perianesth Nurs 14* (3), 128-33.
- Kleinau, A., Buhl, T., Walach, H. & Schröder, H. (2016). A review of Shiatsu and an endpoint analysis (meta-analysis) of controlled studies on the efficacy of Shiatsu. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22728.72961

- Kneebone, I. & Martins, R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. British journal of health psychology, 8(1), 1-17.
- Kramer, M., & Hafner, L. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research, 38*(3), 172-177.
- Laading, I., (1998). Les cinq saisons de l'énergie. In : DesIris E, editor. La médecine chinoise au quotidien.
- Labelle, R., Bastin, E., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L. & Lapierre, S. (2000). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie, 21*, pp. 71-87.
- Laflamme, R. (1994). La vie dans les organisations : des indicateurs de succès. Puq.
- Lawler, E. E. (1986). High-involvement management. Participative strategies for improving organizational performance. Jossey-Bass.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. Mac Graw Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, pp. 1-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin et M. Lewis (Eds), Perspectives in interactional psychology. Plenum.
- Lee, K. & Allen, N.J. (2002). Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions. *Journal of Applied Psychology, 87*(1), 131-142.
- Légeron, P., (2015). Le stress au travail : un enjeu de santé. Odile Jacob.
- Lemoine, J.E., Roland-Lévy, C., Zaghouani, I. & Deschamps, F. (2017). Contribution d'une catégorisation des RPS à la prédiction du stress et du burnout (ou du mal-être au travail) des soignants. *Psychologie du travail et des organisations*, 23, pp. 292-307. http://dx.doi.org/10.1016/j.pto.2017.08.005
- Lheureux, F., Truchot, D. & Borteyrou, X. (2016). Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: Their relationship with burnout. Work & Stress, 30(2), 173-192. http://dx.doi.org/ 10.1080/02678373.2016.1171806
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M. D. (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, pp. 1297-1343.

- Long, A. F. & Mackay, H. C. (2003). The effects of shiatsu: findings from a two-country exploratory study. *J Altern Complement Med 2*(9), 539-547.
- Lomas, T., Medina, J-C., Ivtzan, I., Rupprecht, S. & Eiroa-Orosa, F-J. (2019). Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions on the Well-Being of Healthcare Professionals. *Springer Science+Business Media, 10*, pp. 1193–1216 https://doi.org/10.1007/s12671-018-1062-5
- Lu, H., While A. & Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies, 42*(2), 11-227.
- Mace K. (2012). Stress at work? Build resilience, renew your mind, be transformed. *JCN, 29*(2), 106-109.
- Machado, T. (2015). La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention. Presses Universitaires de Rennes.
- Machado, T., Desmureaux, P. & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie, 69(1), 19-34.* https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2016-1-page-19.htm
- Manoukian, A. (2009). La souffrance au travail, les soignants face au burn-out. Lamarre.
- Martel, J.P. & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and metholological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, *77*(2), 333-368.
- 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). https://doi.org/10.4102/sajhrm.v5i2.116
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review, 50* (4), 370–396.
- Mathieu, B., 2019. Le blues des blouses blanches. L'Echo.
- Medina, P. & Lahmadi, G. (2012). La dimension communicationnelle du management hospitalier. Communication et organisation, 41, pp.157-168. http://journals.openedition.org/communicationorganisation/3790 DOI : 10.4000/communication organisation.3790

- Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C/2007 (2007), numéro 123 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et des établissements participants au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière, *Bulletin officiel, 6.*
- Molinier P. (2008). Les enjeux psychiques du travail. Payot & Rivages.
- Moniteur Belge. (2014). Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (M.B. 28.4.2014).
- Morin, EM. & Gagné, C. (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique.
- Moyle, W., Cooke, M., Odwyer, ST., Murfield, J., Johnston, M. & Sung, B., (2013). The effect of foot massage on long-term care staff working with dementia: a pilot, parallel group, randomized controlled trial. *BMC Nurs, 12*(5).
- Mucchielli, A. (2005). Information et communication interne : étude des communications. Pour de nouveaux audits (2ème éd.), Armand Colin, p. 132.
- Organisation Mondiale de la Santé (2020). Vos questions les plus fréquentes. Retrieved from https://www.who.int/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (2017). Economie mondiale. OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994 et 2006). Qualité de vie. OMS.
- Petiau, A. (2018). Accompagner la souffrance des soignants : entre complexité et logique de rendement. Cahiers de psychologie clinique,*2*(51), 157-168. https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2018-2-page-157.htm
- Pomerleau, D., Alderson, M. & Decarie,S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail : pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. L'infirmière clinicienne, 10(1), 96-105.
- Pronost, A., Le Gouge, A., Leboul, D., Gardembas-Pain, M., Berthou, C., Giraudeau, B. & Colombat, P. (2008). Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social perçu, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie*, *10*(2), 125-134.
- Reich, J. & Zautra, A. (1981). Life events and personal causations: Some relationships with satisafaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 102-112.

- Results from the MEMO study. Health Care Management Review, 32(3), 203–212. http://dx.doi.org/10.1097/01.hmr.0000281626.28363.5
- Rhéaume, J., Maranda, M-F. & Saint-Jean, M. (2000). Réorganisation du travail et action syndicale : défis et paradoxes dans le travail et ses malentendus, enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. *Les presses de l'université Laval,* pp. 53-79.
- Ruotsalainen, J-H., Verbeek, J-H., Marie, A. & Serral. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database System, 4*.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation social development, and well-being. American *Psychologist, 55*, pp. 68-78.
- Saint-Jean, M., Saint-Arnaud, l., Rhéaume, J., Therriault, P-Y. & Desrosiers, l. (2006). Rudesse en usine : une stratégie défensive dans : espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail, institut de psychodynamique du travail du Québec. *Les presses de l'université Laval*, pp. 37-63.
- Sallon, S., Katz-Eisner, D., Yaffe, H. & Bdolah-Abraham, T. (2015). Caring for the Caregivers: Results of an Extended, Five-component Stress-reduction Intervention for Hospital Staff. Behavioral Medicine. https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1053426
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: a cross-national study. Educational and Psychological Measurement, 66 (4), 701-716.
- Scott, J. G., Sochalski, J. & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *The Journal of Nursing Administration, 29*(1), 9-19.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases téoricas de bem-estar subjective, bem-estar psicogico e bem-estar no irabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa, 24*(2), 201-209.
- Spence Lashinger, 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. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2012). Recherche sur le burnout en Belgique. http://www.emploi.belgique.be/home.aspx
- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Bien-être au travail (2020). https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail#toc_heading_1

- SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (2017). Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail. publications@emploi.belgique.bewww.sesentirbienautravail.be
- Staw, B.M., Sutton, R. I. & Pelled, L.H. (1994). Employee positive emotion and favorable outcomes in the workplace. *Organization Science, 5*(1), 51-71.
- TNS Sofres (2009). Salariés et sortie de crise, étude réalisée pour Altedia.
- Turcotte, D. (1990). Aide professionnelle et groupe d'entraide : une démarche combinée pour les parents d'adolescent(e)s. *Intervention, 85*, pp. 64-72.
- Vaillant, G. E. (1992). Ego Mechanisms of Defense. Washington, American Psychiatric Press.
- Vagharseyyedin, S., Vanaki, Z. & Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research, 33*(6), 786-804.
- Warr, P., Barter, J. & Browbridge, G. (1983). On the independence of negative and positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, pp. 644-651.
- Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources and psychiatric symptoms. *Journal of Health and Social Behavior, 24,* pp. 208-222.
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R. & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & al. (2007). The Mindfull Way through Depression. Editions Press TG.
- Wils T, Labelle C, Guérin G. & Tremblay M. (1998). Qu'est-ce que la mobilisation des employés ? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. *Gestion, 23*, pp. 30-39.

Sites consultés

- https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/stress-travail-sophrologie-secours-aides-soignants.html
- http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=45872 (enquête du SPF en 2012).
- Coronavirus en Belgique : le personnel soignant manifeste à nouveau son mécontentement et demande “du fric, pour l’hôpital public” (rtbf.be) 16 juin 2020
- https://www.workinjoy.be/fr/
- *https://www.the**balances**mb.com/**work-life-balance**-2948691*
- https://www.*pobos*.be/fr
- https://connectionleadership.com/a-propos/
- http://www.mindfulness-belgium.net/pleine-conscience/vue-d-ensemble.html
- Bien-être au travail - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (belgique.be)
- https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail#toc_heading_2
- Guide pratique des outils de mesure du bien-être au travail :La Fabrique Spinoza
- http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf
- http://www.larousse.fr/dictionnaire/français/
- www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Frensh
- https://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html
- https://www.stress.eu.com/stress-au-travail/definition-du-stress-au-travail/#:~:text=D%E2%80%99apr%C3%A8s%20l%E2%80%99OMS%20%28Organisation%20Mondiale%20de%20la%20Sant%C3%A9%29%2C%20le,remettent%20en%20cause%20leur%20aptitude%20%C3%A0%20faire%20face.
- https://www.focus-emploi.com/2868129/bien-etre-et-efficacite-au-travail-10-propositions-pour-ameliorer-la-sante-psychologique-au-travail/
- https://www.cchst.ca/search/?q=leadership&wb-srch-sub=
- https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19060626_fr.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien pour le personnel soignant

Date :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Début : Fin :

Introduction

Nous sommes deux étudiantes (HB/KK) et poursuivons actuellement un master en santé publique. Dans le cadre de notre mémoire, nous menons des entretiens afin de comprendre le ressenti des infirmiers et des managers sur le bien-être au travail en milieu hospitalier. C'est ainsi que nous vous sollicitons aussi.

Nous vous remercions pour le temps que vous nous consacrez, l'entretien durera environ quarante-cinq minutes.

Nous utiliserons les données collectées de manière strictement confidentielles.

Nous accordons de l'importance à votre expérience/vécu et tenons à vous inviter à ne pas hésiter à vous exprimer.

Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse, cet entretien sera enregistré.

Donnez-vous votre consentement oral pour cet entretien ?

Avez-vous des questions préalables à cette entrevue ?

Entretien

Questions d'ordre général :

Quel est votre âge ?

Quelle est votre ancienneté au sein de l'hôpital ?

Questions spécifiques :

1. Comment vous sentez-vous pour le moment au travail ?
2. Comment décrivez-vous votre rythme de travail au sein de votre service ?
3. Parlez-moi de la charge de travail dans votre service.

4. Jusqu'à quel point vous sentez-vous être pris(e) en considération (reconnu(e), entendu(e) et écouté(e) par vos collègues, votre chef et votre hiérarchie, les médecins, les différents acteurs de l'institution) ?
   Pourquoi, par qui, et comment ?
5. Pensez-vous que ces éléments (rythme de travail, charge de travail, reconnaissance, écoute…) ont des effets sur votre bien-être ? Et quoi particulièrement ?
6. Pensez-vous à d'autres éléments qui impactent votre bien-être au travail ?
7. Qu'est-ce que le terme "bien-être" évoque pour vous ?
8. Quelle "image" choisiriez-vous pour définir votre bien-être ?
9. Avez-vous déjà été confronté à des situations de stress ?
   Si, oui lesquelles ?
   Quel a été votre ressenti face à cette situation de stress ?
   Comment avez-vous géré cette situation ?
   Avez-vous été absent suite à un problème de santé lié au stress ? Si oui, combien de temps ?
   Avez-vous une stratégie ou une technique pour faire face au stress (afin de mieux le supporter) ?
   Avez-vous eu l'opportunité d'en parler à quelqu'un ? Si oui, à qui ?
10. Connaissez-vous les personnes de contact (un interlocuteur) ou services à qui vous pouvez faire appel dans votre institution en cas de stress ou mal-être ?
    Si oui, lesquelles ?
11. Avez-vous eu la possibilité de parler avec quelqu'un de votre ressenti lors d'une situation stressante ?
12. Connaissez-vous les stratégies qui existent et que vous pouvez utiliser dans le cadre de votre bien-être au sein de votre service et de l'hôpital ? Si oui, lesquels ?
13. Quels sont les moyens de communication disponibles afin de vous informer des différentes stratégies existantes ?
14. Pensez-vous que les moyens de communication sont efficaces et faciles d'accès ?
    Pourquoi ?
15. Par quels moyens souhaiterez-vous être informés sur des stratégies existantes au sein de l'institution
    Comment avez-vous été mis au courant ?
    Par quel biais l'information à ce sujet a-t-elle circulée dans votre service et dans l'institution ?

16. Avez-vous participé à une formation et/ou une activité au travail afin de vous soutenir dans votre bien-être ?
    Et en dehors de l'hôpital ?
    Si oui, combien de fois et quel type de stratégie ?
17. Pouvez-vous me détailler les circonstances de votre « expérience mieux-être » :
    Lieu ? Type de stratégie ? Effectué par qui ? Durée ? Cela vous convient-il ?
    Qu'avez-vous particulièrement apprécié avec cette expérience ?
    Vous a-t-elle semblé intéressante ? (Question relance : ce qui a été positif ou négatif).
18. Pensez-vous que les stratégies qui existent au sein de l'hôpital sont suffisantes ?
19. Selon vous, qu'est-ce que l'institution pourrait encore instaurer afin de favoriser votre bien-être ?
20. Si on vous donnait la possibilité de réaliser un projet sur le bien-être des soignants, qu'est-ce que vous souhaiteriez instaurer en plus au sein de l'institution ?

Conclusion

Nous tenons vraiment à vous remercier pour le temps que vous nous avez accordé et votre disponibilité.

Nous avons abordé tous les thèmes prévus, mais selon vous, y a-t-il des choses que vous trouvez importantes vis-à-vis de notre recherche dont nous n'avons pas parlé ?

Auriez-vous des questions, suggestions et commentaires à propos de cet entretien ?

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par mail, à l'adresse suivante : hatice.bozok@student.uclouvain.be

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les membres hiérarchiques de l'institution

Date :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Début : Fin :

Introduction

Nous sommes deux étudiantes (HB/KK) et poursuivons actuellement un master en santé publique. Dans le cadre de notre mémoire, nous menons des entretiens afin de découvrir le ressenti des infirmiers et des managers sur le bien-être au travail en milieu hospitalier. C'est ainsi que nous vous sollicitons aussi.

Nous vous remercions pour le temps que vous nous consacrez, l'entretien durera environ quarante-cinq minutes.

Nous utiliserons les données collectées de manière strictement confidentielle.

Nous accordons de l'importance à votre expérience/vécu et tenons à vous inviter à ne pas hésiter à vous exprimer.

Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse, cet entretien sera enregistré.

Donnez-vous votre consentement oral pour cet entretien ?

Avez-vous des questions préalables à cette entrevue ?

Entretien

Questions d'ordre général

Quel est votre âge ?

Quelle est votre ancienneté au sein de l'hôpital ?

Questions spécifiques :

1. Que pensez-vous de la charge de travail du personnel infirmier ? Pensez-vous que le nombre d'effectifs est en suffisance par rapport à la charge du travail ?
2. Qu'est-ce que le terme "bien-être du personnel" vous évoque ?

3. Quelle « image » choisiriez-vous pour définir le bien-être de votre personnel infirmier ?
4. Jusqu'à quel point le bien-être du personnel infirmier doit-il être pris en compte au sein d'une institution comme la vôtre ? (Dans votre servie ou dans l'institution)
5. Pourquoi pensez-vous que le bien-être du personnel infirmier est nécessaire ou pas pour le bon fonctionnement de votre hôpital ou de votre service ?
6. Avez-vous eu des soignants qui ont souhaité exprimer leur ressenti suite à une situation stressante au sein de l'hôpital ?
   Donnez-vous l'occasion à votre personnel de s'exprimer ?
   Quelles sont les démarches que vous entreprenez ?
7. Connaissez-vous les chiffres d'absentéisme pour maladie, burnout, épuisement professionnel, dépression ? (RH : Statistiques d'absentéisme, durée d'absentéisme, nombre de personnel absent…)
8. Organisez-vous des enquêtes, des analyses ou des évaluations sur le stress, le burnout, les risques psychosociaux ?
   Si oui, comment vous en servez-vous ?
9. Existe-t-il des stratégies particulières que vous mettez en place dans votre institution ou dans votre service pour le bien-être de votre personnel ?
   Si oui, lesquelles ?
10. Pensez-vous que ces stratégies sont suffisantes ?
11. Etes-vous content de la participation de votre personnel aux stratégies instaurées ?
    Quelle est cette participation en chiffre ?
12. Pensez-vous que chaque collaborateur a l'opportunité de participer aux stratégies mises en place par vous ou par l'institution ?
13. A quel moment et comment s'organise cette « expérience bien-être » dans la journée de travail ? Cela convient-il aux soignants ?
14. Pensez-vous que ces stratégies rapportent des bénéfices pour votre service, votre institution et votre personnel ?
    Si oui, qu'avez-vous observé comme bénéfice ?
15. Quelles sont les méthodes pour mesurer le bien-être de votre personnel afin d'améliorer vos stratégies existantes ? (Avez-vous une évaluation de la satisfaction au travail de votre personnel ?)
16. Etes-vous prêt à instaurer d'autres stratégies ? Si oui, lesquelles ?

17. Recevez-vous des subsides pour instaurer les stratégies afin de favoriser le bien-être de votre personnel ?
18. Quels sont les moyens de communication disponibles afin d'informer le personnel des différentes possibilités de stratégies existantes ?
19. Pensez-vous que les moyens de communication sont efficaces et faciles d'accès ? Pourquoi ? Comment pouvez-vous expliquer cela ?
20. Quel serait un moyen plus efficace afin de mieux informer votre personnel ?
21. Estimez-vous que le personnel a une connaissance suffisante de l'existence de personnes de contact ou services à qui ils peuvent faire appel en cas de situation stressante ?
22. Pensez-vous que les stratégies qui existent au sein de l'hôpital sont suffisantes ?
23. Qu'est-ce que vous pourriez encore instaurer afin de favoriser le bien-être des soignants ?

Conclusion

Je tiens sincèrement à vous remercier pour votre temps et votre disponibilité.
Nous avons abordé tous les thèmes prévus, mais selon vous, y a-t-il des choses que vous trouvez importantes vis-à-vis de notre recherche dont nous n'avons pas parlé ?
Auriez-vous des questions, suggestions et commentaires à propos de cet entretien ?
Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par mail, à l'adresse suivante : kadriye.kavak@student.uclouvain.be

Annexe 3 : mesure de bien-être

Le questionnaire sur le bien-être de l'**OMS** (1999) s'appelle le **WHO-5**, présente 5 affirmations, pour chacune des affirmations, il faut cocher celle qui se rapproche le plus de ce qu'on ressent au cours des deux dernières semaines (0=jamais 5=tout le temps). Il faut savoir que le chiffre est proportionnel au bien-être.

Au cours des deux dernières semaines	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0
Je me senti(e) calme et tranquille	5	4	3	2	1	0
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	5	4	3	2	1	0
Je me suis réveillé(e)en me sentant frais(che) et dispos(e)	5	4	3	2	1	0
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	5	4	3	2	1	0

Le calcul des points :

Pour calculer votre score, ajoutez les chiffres correspondant aux cases que vous avez cochées et multipliez la somme par quatre. Vous obtiendrez alors un score compris entre 0 et 100. Un score élevé signifie un meilleur bien-être.

Interprétation :

Un score inférieur à 50 est indicateur d'un bien être réduit, sans qu'il s'agisse nécessairement d'une dépression

Il est recommandé de rechercher une dépression avec un outil diagnostic plus approprié en cas de score global inférieur à 50 ou si le patient a répondu 0 ou 1 à une des cinq questions

Administré lors de consultations successives, il permet de suivre l'évolution du bien-être, une modification supérieure à 10% étant significative

Source: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Annexe 4 : Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail : ISQVT

Contenu du questionnaire

L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie au Travail (ISQVT©) comporte des questions touchant 34 domaines de vie au travail, regroupées en huit sphères différentes :

1. Rémunération
    - Revenu
    - Avantages sociaux
    - Sécurité de revenu
2. Cheminement professionnel
    - Possibilité d'avancement
    - Possibilité de mutation
    - Perfectionnement et formation offerts par l'entreprise
3. Horaire de travail
    - Influence du nombre d'heures travaillées et de la plage horaire sur la santé de l'employé
    - Flexibilité de l'horaire
    - Possibilité de s'absenter pour des raisons familiales
4. Climat avec les collègues
    - Sentiment d'appartenance à l'égard de l'entreprise
    - Degré ou niveau de compétition ressenti au travail
    - Relations avec les confrères ou consœurs de travail
    - Degré de conflit entre les tâches de l'employé et celles d'un ou de plusieurs autres employés.
5. Climat avec les supérieurs
    - Interactions avec le supérieur
    - Interactions du supérieur avec ses employés
    - Interactions avec l'employeur ou la direction
    - Fréquence et pertinence de l'évaluation et des commentaires faits sur le travail.
    - Efficacité avec laquelle l'information (mémos, consignes, plan d'action, etc.) est transmise à l'intérieur de l'entreprise.

6. Caractéristiques de l’environnement physique
    - Lieu de travail (bruit, éclairage, propreté, etc)
    - Équipement et outillage disponibles pour exécuter le travail
7. Support offert à l’employé
    - Prise en charge des absences
    - Répartition de la charge de travail occasionnée par l’absence d’un(e) ou plusieurs employé (e)s
    - Commodités : Garderies, accès aux restaurants, stationnement, etc.
    - Relation avec le syndicat
    - Ressources d’aide aux employés
8. Facteurs qui influencent l’appréciation des tâches
    - Efficacité au travail
    - Temps pour les tâches
    - Correspondance entre les compétences et la nature des tâches à accomplir.
    - Autonomie de l'employé dans l’exécution de ses tâches.
    - Diversité des tâches
    - Charge émotive
    - Exigences physiques
    - Influence que l'employé exerce sur la prise de décision concernant les tâches qu'il a à accomplir.
    - Clarté du rôle que l'employé a à jouer à l’intérieur de l’organisation dans le cadre des tâches à accomplir.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**