



HAL
open science

Vécu professionnel des infirmiers accompagnant les patients en fin de vie : charge de travail, détresse au travail, soutien organisationnel et hiérarchique et ressources individuelles - Rapport de recherche qualitatif - Projet AcSoiVie

Eric Dose, Pascale Desrumaux, Bouillon Marie

► **To cite this version:**

Eric Dose, Pascale Desrumaux, Bouillon Marie. Vécu professionnel des infirmiers accompagnant les patients en fin de vie : charge de travail, détresse au travail, soutien organisationnel et hiérarchique et ressources individuelles - Rapport de recherche qualitatif - Projet AcSoiVie. Université de Lille. 2021. hal-04451790

HAL Id: hal-04451790

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04451790v1>

Submitted on 11 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vécu professionnel des infirmiers accompagnant les patients en fin de vie : charge de travail, détresse au travail, soutien organisationnel et hiérarchique et les ressources personnelles : étude qualitative
Dose, E., Desrumaux, P., Bouillon, M.
Projet AcSoiVie 2021 Rapport de recherche.

Résumé

Cette recherche s'inscrit dans le projet AcSoiVie qui est co-porté par Johanne Saison et Sophie Fantoni (Centre de recherche "Droits et perspectives du droit" axe « Droit et Santé ») avec l'appui de Pascale Desrumaux et Eric Dose (Laboratoires de l'Université de Lille) en coordinateurs de la recherche. L'hypothèse générale est : « les conditions de travail des soignants empêchent souvent la possibilité de mettre en œuvre le droit positif faute de qualité du travail suffisante et que c'est bien en améliorant la qualité de vie au travail que l'on lèvera certains freins à la mise en œuvre concrète des préconisations facilitant l'accompagnement des personnes en fin de vie ». Cette recherche sur la population infirmière a porté sur 4 variables : la charge de travail, la détresse au travail, le soutien organisationnel et hiérarchique et les ressources personnelles. Pour cela, nous avons opté pour une démarche exploratoire. Nous avons mené des entretiens semi-directifs en nous appuyant sur le questionnaire de Fantoni, Saison, Desrumaux et Dose (2019). Au total, 19 infirmières ont été interviewées. Après retranscription intégrale, les entretiens ont été étudiés grâce à l'analyse de contenu de Bardin (2013). Les infirmiers ne subissent pas la même charge de travail d'un service à un autre mais une majorité a déjà souffert de détresse au travail. Concernant les ressources personnelles, beaucoup d'adjectifs ont été cités, nous retrouvons une certaine répétition de mêmes verbatims. Le soutien des collègues est unanimement positif alors que le soutien de la hiérarchie de proximité est beaucoup plus mitigé et que le soutien du top management de l'établissement est généralement inexistant.

Mots clefs : fin de vie, infirmier, charge de travail, détresse au travail, soutien organisationnel et hiérarchique, ressources personnelles.

Abstract ;

This research article is part of the project AcSoiVie, co-supported by Johanne Saison and Sophie Fantoni (Research Center of “Droits et perspectives du droit” axe “Droit et Santé”) with the support of Pascale Desrumaux and Eric Dose (University Laboratory of Lille) as research coordinators. The general hypothesis is “ The working conditions of health staff often prevent the ability to implement the positive right, because of a lack of good working conditions and by improving the working conditions, it is possible to remove certain obstacles of the concrete implementation of preconisations that helps the support of persons at the end of their life.

We have focused our research on the nurse population and 4 variables : The load of work, distress at work, the hierarchical and organisational support, and the personal resources. For that, we have adopted an exploratory approach. We led semi-directive interviews with the support of the survey made by Fantoni, Saison, Desrumaux and Dose (2019). In total, 19 nurses have been interviewed. After the integral retranscription, the interviews have been studied, with the content analysis method of Bardin (2013).

We have identified various answers. Nurses are not subject to the same workload from a service to another, but a majority has already suffered from distress at work. Regarding the personal resources, many adjectives were quoted, we find a certain repetition of the same verbatims. The co-worker support is unanimously positive while the support of close hierarchy is more mitigated and that the support of top management of the facility is generally none.

Key Words: end of life, nurse, workload, work distress, hierarchical and organisational support, personal resources.

La fin de vie est un champ de recherche par nature interdisciplinaire. Le Projet AcSoiVie se compose d'une équipe de recherche associant des juristes, des médecins, des psychologues, des philosophes et des économistes de la santé. Dans cet article, nous abordons un ensemble de thématiques permettant de mieux comprendre le vécu professionnel des soignants et les difficultés rencontrées pour assurer un accompagnement de qualité auprès des patients en fin de vie. Pour cela nous étudions 9 variables : le bien-être et la santé psychologique au travail, l'importance des ressources personnelles, l'impact de l'ambiance et du climat de travail, les conséquences de la charge de travail, les impacts de la détresse au travail, l'intérêt du soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique, les effets de la gestion des émotions, l'intérêt de l'accès à la formation et la nécessité de la connaissance du cadre juridique et de sa mise en œuvre au sein de la population infirmière.

Un accompagnement vers la fin de vie nécessite une bonne prise en charge des symptômes physiques des patients mais également de la souffrance psychologique induite par cette période bien particulière. La formation médicale et paramédicale répond à l'apaisement des symptômes physiques par un savoir-faire, la souffrance psychologique nécessite un savoir-faire et savoir-être de qualité. Le personnel soignant a besoin lui-même d'un accompagnement optimal afin d'épauler et de soulager au mieux les patients en fin de vie. Cet accompagnement semble dépendre de la qualité de vie au travail du personnel. La profession infirmière est reconnue comme étant utile et indispensable mondialement. Pourtant elle est maltraitée par de multiples contraintes telles que la confrontation à la mort, à la souffrance des patients, le manque de personnel, le manque de soutien hiérarchique, le manque de reconnaissance, etc. (Dose et al, sous presse). La santé psychologique du personnel soignant doit donc être au cœur des préoccupations des organismes et ce, tant pour des raisons économiques que pour des raisons juridiques ou de santé publique (Chouanière et al, 2007).

Le secteur hospitalier est confronté quotidiennement à la question de la fin de vie. L'hôpital qui est un lieu accessible à toutes les classes sociales et qui couvrent géographiquement l'entièreté du territoire Français. Il contribue à assurer la bonne santé de la population.

Depuis quelques années, le secteur hospitalier, qui avait comme vocation initiale le travail social promouvant les relations humaines à la tête de sa fonction, fait face à une dénaturation de sa fonction qui se transforme de plus en plus en entreprise attendue sur ses performances économiques. Les hôpitaux répondent désormais à un principe de concurrence dans lequel l'objectif est de réduire les couts financiers en passant notamment par la réduction des séjours des patients hospitalisés et ainsi une réduction des effectifs. Ces restrictions imposent au personnel toujours plus de sacrifices et des efforts intenses (Safy-Godineau, 2013).

Cette transformation impacte le personnel soignant qui doit conjuguer performance économique et qualité des soins. Il est continuellement demandé au personnel soignant d'être efficace et performant, personnel qui de base allie technique et relationnel pour exercer son activité professionnelle. S'ils veulent répondre aux exigences économiques de leur institut, ils doivent diminuer le temps passé aux chevet de leurs patients et ainsi réduire les relations appréciables avec ces derniers (Safy-Godineau, 2013). Ce phénomène retentit sur le secteur médical et paramédical éprouvant des conditions de travail de plus en plus difficiles liées à une réduction des effectifs, une augmentation de la charge de travail et une déshumanisation de la relation soignant-soigné. Ces transformations ont de lourdes répercussions engendrant une pénibilité physique, psychologique et émotionnelle à l'activité professionnelle des soignants (Dose et al., 2019).

Cette logique de performance multiplie les réglementations, les réformes et les objectifs incompatibles. Cependant, il est important que les établissements de santé prennent conscience que la santé de leurs employés est une source essentielle pour l'efficacité et la performance individuelle et collective (Safy-Godineau, 2013).

La profession infirmière est reconnue mondialement comme étant utile et indispensable (Dose et al, sous presse). La pratique infirmière englobe la prévention de la maladie, la promotion de la santé ainsi que les soins prodigués aux personnes malades et mourantes. Nous pouvons constater, à juste titre, que s'engager dans la profession infirmière relève de la vocation. En effet, elle est caractérisée par des horaires atypiques, l'exposition à des situations de vie complexes telle que la mort, des relations humaines intenses, etc (Boivin-Desrochers & Alderson 2014). Le monde hospitalier est en évolution rapide mais une réalité est constante : la profession infirmier est la clé d'un système de santé performant et considérablement humain (Bourgueil, Marek, & Mousques, 2008). L'infirmier instaure une relation privilégiée avec le patient et sa famille. Il connaît les peurs, les craintes, les souhaits, les capacités et les incapacités de celui-ci. Il est souvent le premier à détecter une amélioration ou une aggravation de la santé. Lors d'une détresse soudaine, l'infirmier est susceptible d'être le premier aux côtés du patient. Ils sont présents sur la première et la dernière ligne de défense du patient. (Jacquemin, 2009). Les infirmiers doivent posséder des compétences variées alliant une technicité exceptionnelle et une capacité relationnelle bienveillante. Leur contexte de travail les amène à vivre et à gérer des situations professionnelles humaines complexes. Ils sont présents dans l'accompagnement vers la guérison d'un patient. La mort faisant partie de la vie, ils accompagnent parfois leur patient jusqu'à la fin de vie. Pour ces raisons, ils sont

particulièrement vulnérables à l'épuisement professionnel et au stress. Cette profession a les taux d'épuisement les plus élevés dans le secteur de santé (Boivin-Desrochers & Alderson 2014).

L'accompagnement jusqu'à la fin de vie bouleverse toutes les habitudes professionnelles du personnel soignant (Colombat et al., 2001). La profession infirmière fait face à de multiples contraintes comme la charge de travail, les horaires atypiques, les risques psychosociaux, etc. Ce qui distingue également cette profession des autres professions est qu'elle est régulièrement confrontée à des demandes spécifiques, qui touchent leur bien-être psychologique, en raison de leur accompagnement dans la maladie et parfois la fin de vie (Dose et al., 2019). Héту cité par Cherix (2005, p123) définit l'accompagnement vers la fin de vie : « Accompagner un mourant c'est essentiellement s'engager dans une relation interpersonnelle avec un autre être humain. D'une façon générale, c'est l'aider à atteindre la satisfaction optimale de ses besoins physiques, psychologiques et spirituels, compte tenu des ressources et des contraintes de son état et de son environnement, et compte tenu également des ressources et des limites de ses proches. »

Cette confrontation à la mort peut-être particulièrement lourde pour le personnel soignant. Il accompagne des êtres humains de toutes âges, pères, mères et enfants, avec l'incapacité de soulager leur souffrance et l'impuissance dans leur possible guérison. Leur proximité avec la mort et l'accompagnement vers celle-ci exposent les infirmiers à puiser dans leurs ressources afin de s'adapter aux conditions de leur profession.

Accompagner un patient vers la mort est souvent effrayant. Les infirmiers doivent se percevoir comme une ressource d'appoint pour le patient et avoir un rôle d'accompagnant soignant. Ils doivent assurer le confort physique du malade en prodiguant les soins de fin de vie. Les infirmiers répondent dans la mesure du possible, aux besoins qu'ils ressentent et être en capacité d'offrir une écoute active au patient et à sa famille, tout en gardant une distance personnelle afin de se protéger en tant qu'individu de cette situation douloureuse (Cherix, 2005).

La charge de travail est un thème régulièrement soulevé au sein des soignants. Le concept de charge de travail est défini comme « l'intensité de l'effort demandé et fourni par le travailleur pour répondre aux exigences de la tâche physique ou psychologique dans des conditions déterminées, en rapport avec son état et les divers mécanismes en jeu dans son travail » (Fournier et al., 2013, p48).

Selon Fournier et al. (2013), la charge de travail fait référence à trois principales composantes : La charge prescrite qui se traduit par la contrainte, la charge réelle qui est l'astreinte et la charge perçue correspondant au ressenti de l'infirmier face à ses contraintes professionnelles. Le volume de travail chez le personnel infirmier ne cesse d'augmenter depuis les multiples réformes hospitalières. Les restructurations du secteur hospitalier sont basées sur une rentabilité et une rationalisation du personnel soignant alors que le nombre de patients reste lui, toujours en augmentation (Fournier et al., 2013). La charge du travail infirmier, intensifiée par le vieillissement de la population, représente une des contraintes de la profession les plus importantes (McConnell, 2003).

Il est reconnu que le personnel infirmier a un impact sur l'évolution de la santé des patients et que la qualité de leurs soins diminue les éventuelles complications, la durée d'hospitalisation et par conséquent le risque de fin de vie (Berry, L et al., 2013 ; McGillis Hall et al., 2010 ; Tourangeau et al., 2010). Cependant la qualité de leurs soins dépend également du temps qu'ils peuvent accorder aux soins de chaque patient et ainsi de leur charge de travail. Une charge de travail excessive impactera donc l'état de santé des patients. Le risque d'une dégradation de la santé d'un patient est majoré lorsque le personnel infirmier est régulièrement interrompu pendant leurs activités et leurs soins, augmentant ainsi le risque d'erreur comme celui d'une erreur d'administration d'un médicament (McGillis Hall et al., 2010).

Une enquête menée par Aiken et al. (2002) auprès de plus de 10 000 infirmiers dans 168 hôpitaux différents en Pennsylvanie établit un lien entre les ratios infirmiers/patients et les décès qui auraient possiblement pu être évités. Selon cette enquête, chaque patient ajouté à la charge de travail d'un infirmier, dans une unité de chirurgie, augmente le risque de 7% pour ce patient de décéder sous les soins de cet infirmier (Aiken et al., 2002).

Lorsque les infirmiers sont confrontés à une charge de travail importante, ils peuvent être dans l'incapacité de dispenser les soins nécessaires pour leurs patients, faisant face à une impossibilité de respecter leurs obligations professionnelles et déontologiques. Un infirmier n'étant pas en harmonie avec ses valeurs et sa déontologie développe un sentiment de frustration voire de culpabilité et peut aboutir à des effets néfastes sur sa propre santé. Les répercussions négatives de cette charge de travail engendrent un taux élevé de Turn-over, d'absentéisme, de fatigue, d'épuisement professionnel et ainsi devenir une entrave au bien-être psychologique au travail, à la satisfaction et à l'engagement au travail (Berry et al., 2013).

La charge de travail du personnel infirmier peut également être physique. En effet, l'environnement matériel utilisé pour la réalisation des soins ne permet pas toujours d'adopter une bonne posture et peut représenter une activité physique lourde. Le personnel soignant exerce sa profession

majoritairement debout, dans des postures inconfortables, avec des charges parfois importantes de patients à mobiliser, dans des environnements physiques parfois exigus, avec des contraintes de temps restreints et des distances parcourues à pied de plusieurs kilomètres par jour. Ces quelques aspects de la profession infirmière représentent la pénibilité physique endurée quotidiennement. Une charge de travail excessive va intensifier ces contraintes physiques et peuvent être à l'origine de multiples pathologies tel que les troubles musculo-squelettiques aggravant la pénibilité de la fonction. La charge physique de cette profession implique des répercussions négatives sur la santé du personnel et sur les soins dispensés aux patients (Tourangeau et al., 2010). Les répercussions néfastes d'une charge de travail et d'une charge physique excessive sur le personnel infirmier altèrent la qualité des soins prodiguer aux patients et provoque un accompagnement à la fin de vie plus complexe.

Le bien-être psychologique au travail du personnel soignant peut-être impacté par leurs conditions de travail et leur confrontation à la mort. L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit la santé de manière générale comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Le bien-être, associé à la santé psychologique, peut être appréhendé comme un plaisir de vivre et de travailler (Dose et al., sous presse). Le bien-être psychologique au travail (BEPT) équivaut à une expérience individuelle positive dans laquelle l'individu manifeste le meilleur de lui-même dans un contexte professionnel (Dose et al., 2018). Cette expérience positive se construit grâce aux relations sociales au travail, aux interactions avec son organisation et à lui-même (Dose & Desrumaux, 2018). Dupuis et al., (2009, p14) définissent le bien-être psychologique au travail comme étant « un état plus englobant que celui de santé puisqu'il prend en considération la personne dans son ensemble, ce qui se traduit par un sentiment et une sensation d'épanouissement, de confort, de satisfaction générale, tant en parlant du corps que de l'esprit ».

La notion de bien-être s'appuie sur deux perspectives, une Eudémonisme et une Hédonisme. L'approche Eudémonisme, du grec *eudaimôn* signifiant heureux, constitue un système de morale ayant pour but d'atteindre le bonheur. L'approche Hédonisme, du grec *hêdonê* signifiant plaisir, correspond à une conception du bonheur, identifiant le plaisir comme le but de la vie. Selon cette approche, le bonheur renvoie aux émotions plaisantes ressenties (Desrumaux & Gillet, 2016). Ryan et Deci (2001) estiment que le bien-être psychologique au travail dépend de la possibilité qu'a l'individu de s'engager dans des activités en harmonie avec ses intérêts, ses valeurs, ses besoins psychologiques fondamentaux et son objectif de vie (Desrumaux & Machado, 2016). De nombreux auteurs estiment qu'une multitude de facteurs individuels et environnementaux peuvent avoir des

répercussions sur le BEPT tels que le climat de travail, le soutien organisationnel, les ressources personnelles, l'estime de soi, etc (Dose et al., 2019 ; Desrumaux & Gillet, 2016 ; Dupuis et al., 2019). Par exemple, la gestion des émotions et les ressources personnelles des infirmiers peuvent accentuer la détresse au travail ou le soutien organisationnel perçu.

Il est évoqué dans la littérature scientifique que plusieurs facteurs sont à l'origine d'un sentiment de bien-être psychologique tel que l'estime de soi, l'équilibre émotif et entre les activités familiales et professionnelles, l'engagement social, la sociabilité, etc (Massé et al., 1998). En effet, il est observé dans différentes études que les salariés manifestent des besoins de soutien social et de reconnaissance. Les besoins fondamentaux tel que le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sont affiliés au sentiment de bien-être psychologique (Ryan & Deci, 2001). Le bien-être psychologique au travail est un concept large et multidimensionnel (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012).

L'activité professionnelle, quel que soit le secteur, est un facteur de réalisation personnelle et de santé. Elle contribue au processus de socialisation, à la réalisation de soi ainsi qu'à une construction identitaire. L'Organisation Mondiale de la Santé a annoncé que le bien-être psychologique des employés, qui représentent presque la moitié de la population mondiale, est capital tant pour les individus eux-mêmes que pour les organisations pour lesquelles ils travaillent, en termes de performance, productivité et de compétitivité (Burton, 2010). Prendre en considération la santé des individus dans leur activité de travail apparaît pour l'entreprise comme une démarche sociale et économique. Le travail et la santé des individus sont intrinsèquement liés. La qualité des soins prodigués aux patients dépend de la santé de l'infirmier et lorsque l'infirmier effectue des soins dans des conditions adéquates, il fera preuve de réalisation personnelle (Lachamann et al., 2010). En effet, Desrumaux et Machado (2016) estiment que le sentiment de bien-être éprouvé par le personnel soignant sera un élément moteur pour assurer des soins de qualité tout en exerçant dans des conditions de travail parfois difficiles.

Le bien-être psychologique du personnel soignant est essentiel pour le bon fonctionnement du secteur hospitalier. Un infirmier possédant un niveau positif de bien-être psychologique au travail sera plus satisfait, performant, productif et aura moins de problème de santé (Dose et al., 2018). C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de sensibiliser la population à l'importance du bien-être psychologique au travail.

Le bien-être psychologique au travail représente, à l'heure actuelle, un véritable défi pour les gestionnaires hospitaliers et les chercheurs. Pour pallier aux difficultés caractérisant le secteur

hospitalier, il est capital de concilier la qualité des soins avec la performance et le bien-être psychologique au travail.

Les ressources personnelles sont importantes pour assurer l'accompagnement des patients. Les ressources personnelles des infirmiers leur permettent de les guider dans leur environnement de travail tout en luttant contre les situations pathogènes et de se protéger face aux situations difficiles comme accompagner des patients en fin de vie. Par ressources personnelles, nous entendons les ressources propres à l'individu, c'est à dire : les compétences personnelles et professionnelles, le vécu, les expériences, la structure cognitive, la personnalité, etc. Ainsi, ces ressources représentent un potentiel de résistance faces aux contraintes pathogènes professionnelles (Haberey-Knuessi, 2011). Les infirmiers vont investir les ressources qu'ils possèdent et qui sont disponibles dans leur activité professionnelle en vue d'acquérir d'autres ressources personnelles et de maintenir celles déjà possédées. Cependant, une perte de ressources pourra amener une altération de la santé au travail et impacter l'individu. Les infirmiers doivent parvenir à mobiliser leurs ressources personnelles afin de conserver un état de santé favorable malgré leurs lourdes charges physiques, psychologiques et émotionnelles (Safy-Godineau, 2013). Comme vu précédemment, une santé au travail dégradée va influencer la qualité des soins apporter aux patients et l'approche au niveau des malades et de dess collègues. Il est donc important que les individus possèdent des ressources personnelles solides.

Nous avons pu constater dans la littérature, que la majorité des recherches scientifiques mettent l'accent sur les éléments négatifs de l'environnement de travail. Le modèle Job Demands-Ressources (JD-R) de Demerouti et al. (2001) a choisi de se concentrer sur les ressources personnelles présentes dans l'activité professionnelle. Il affirme que chaque profession possède des facteurs de risques mais également des facteurs qui renforcent les ressources. Le modèle JD-R a été développé par Demerouti et al. (2001). Il soutient que pour chaque activité professionnelle, différents types de ressources et d'exigences peuvent prédire la tension au travail, ainsi que la nature des ressources et des exigences varient d'un métier à un autre (Desrumaux et al., 2014).

Les exigences du travail infirmier sont multiples tant sur le plan physique, psychologique, émotionnel ou organisationnel. Elles peuvent s'exprimer sous la forme d'un environnement physique néfaste, d'une charge de travail excessive, d'exigences émotionnelles nuisibles, etc. Les ressources renvoient aux aspects psychologiques, physiques, émotionnels et organisationnels du métier permettant d'atteindre les objectifs professionnels et de réduire ainsi les exigences du travail.

Ces ressources peuvent faire référence aux compétences personnels, à l'autonomie, au soutien organisationnel, à la reconnaissance, etc (Demerouti et al., 2001).

Selon Demerouti et al, 2001, il est possible d'agir positivement sur les ressources du personnel soignant par le développement et la valorisation de leurs ressources. Ce développement permettrait une meilleure résistance aux exigences de leur activité professionnelle et une meilleure adaptation.

Harberay-Knuessi en 2011, met en évidence que Hobfoll (2004) développe la notion de ressource grâce à sa théorie de conservation des ressources. Elle pose le postulat que tout individu est acteur pour développer et conserver ses ressources personnelles. Ce modèle s'inscrit dans la continuité du modèle de Demerouti et al., 2001. Hobfoll considère qu'une perte de ressource, un échec après investissement des ressources ou une menace sur les ressources investies génèrent du stress et de la frustration. Ainsi la théorie de Hobfoll affirme que dès lors que les demandes professionnelles envahissent les ressources, on observera l'apparition d'attitudes négatives (Harberay-Knuessi, 2011).

La gestion des émotions prend tout son sens au sein de la profession infirmière. Selon Lazarus (1991, p. 36), l'émotion se définit comme étant "un état complexe de l'organisme qui implique des changements corporels et sur le plan mental, un état d'excitation ou de perturbation, marqué par un sentiment profond, et habituellement une pulsion amenant à une forme définitive de comportement. ». Étymologiquement, le mot émotion vient du latin « motere » qui signifie l'impulsion qui provoque l'action (Lazarus, 1991).

L'être humain est un être émotionnel et les émotions représentent la matière première de nos états, d'où l'importance primaire d'étudier les émotions pour comprendre le comportement humain dans son activité professionnelle. Les émotions ressenties quotidiennement par le personnel infirmier ne sont pas que négatives puisque les émotions contribuent à notre satisfaction et ainsi à notre bonheur. Tarlier (2004) a constaté l'importance de la manifestation d'émotions emphatiques tant pour les infirmiers que pour les patients. Il en a conclu que les soins apportés devaient être techniques mais également émotionnels. Cependant certains états émotionnels peuvent entraver la qualité des soins d'où la nécessité pour l'infirmier de s'en protéger. La gestion des émotions passe ainsi par la capacité de reconnaître et de gérer ses propres états émotionnels (Tarlier, 2004).

Le personnel infirmier semble être quotidiennement confronté aux émotions. En effet, au-delà de la technique, c'est un métier ayant une forte dimension humaine avec autant de communication

verbale que de communication non verbale. De toutes les professions de la santé, les infirmiers sont les membres qui nouent les relations les plus privilégiées avec les patients qu'ils suivent au quotidien. Ils fournissent aux patients et à leurs proches une relation d'une grande implication émotionnelle. Leurs états émotionnels peuvent varier d'une minute à une autre, passant d'un état ému à la suite de la reconnaissance et la gentillesse d'un patient, à la colère contre les actions incomprises d'un médecin, à de la tristesse face à la fin de vie d'un patient.

Le quotidien des infirmiers se caractérise par la prédominance des exigences émotionnelles provenant des situations chargées émotionnellement liées à la maladie, à la souffrance, à la fin de vie et à la tristesse des patients et des familles. La confrontation incessante à la mort est particulièrement accablante. La gestion des émotions est donc primordiale dans l'exercice de cette profession afin de se protéger et d'être performant dans l'accompagnement des patients.

La gestion des émotions est parfois considérée comme une ressource personnelle du fait qu'elle permet aux infirmiers de ressentir et manifester des émotions, par des stratégies de régulation émotionnelle, en adéquation avec un contexte approprié et avec l'intensité nécessaire (Grandey, 2000).

Le soutien organisationnel et hiérarchique sont les composantes des relations les plus étudiées. Ces composantes correspondent aux ressources permettant aux individus de réduire les coûts psychologiques et physiologiques générés par leur milieu professionnel (Tremblay et al., 2011). Eisenberger et al. (1986) développent la théorie du Soutien Organisationnel Perçu (SOP) en 1986. Cette théorie postule que les salariés ont une perception sur la manière dont leur organisation évalue leurs efforts, valorisant ainsi leur investissement professionnel. Ils définissent le SOP comme « les croyances générales des employés concernant la mesure dans laquelle l'organisation apprécie leurs contributions et se soucie de leur bien-être » (Eisenberger et al., 1986, p. 501). Le soutien organisationnel perçu englobe le soutien des supérieurs mais également le soutien des collègues et le soutien émotionnel. Le personnel infirmier exerce une profession qui est quotidiennement en étroite collaboration avec une multitude d'autres professions comme, les cadres de santé, les aides-soignantes, les médecins, les kinésithérapeutes, les agents, les secrétaires, etc. En complémentarité de ces diverses collaborations, un infirmier travaille dans un environnement complexe, marqué par diverses sources de stress et difficultés qui peuvent impacter la qualité de soins. Le soutien émotionnel correspond à la perception qu'a l'infirmier de la reconnaissance de sa hiérarchie. C'est-à-dire la mesure dont elle se préoccupe de son bien-être et lui apporte reconnaissance et confiance. Le soutien des supérieurs, des collègues, émotionnel et organisationnel perçu sont des prédicteurs

du bien-être chez les infirmiers. Le personnel infirmier dans un centre hospitalier est confronté régulièrement à sa hiérarchie de proximité, mais une distance plus importante existe avec le top management de leur établissement. La hiérarchie représente l'acteur majeur de la perception du SOP chez les infirmiers puisqu'elle représente l'organisation de manière humaine et qu'elle a la possibilité d'exercer une relation proximale et de recevoir un soutien émotionnel (Pohl & Galletta 2017).

Un SOP positif crée, chez le personnel soignant, le sentiment de devoir aider son organisation dans le développement et l'atteinte de ses objectifs. La théorie des échanges sociaux suggère également qu'un échange de qualité entre un individu et son organisation génère un sentiment d'obligation d'entretenir une relation de qualité (Blau, 1964). Un infirmier qui se sent soutenu par sa hiérarchie de proximité et l'équipe de management de son hôpital s'investira davantage dans son travail, aura un meilleur engagement affectif et sera plus performant. Le personnel infirmier a besoin de ressentir que son centre hospitalier valorise ses efforts et ses contributions, répond à ses besoins socio-affectifs et le soutienne en cas de difficulté (Rhoades & Eisenberger, 2002). Les infirmiers ont autant besoin de ressources professionnelles que personnelles. Ils exercent un métier dans lequel l'aspect humain est primordial parce qu'eux même utilisent les relations humaines comme source d'énergie. Ils semblent avoir besoin de se sentir soutenu par leur hiérarchie dans des situations difficiles comme la perte d'un patient. En contrepartie, un SOP positif permettra à l'organisation de recenser moins d'absentéismes et un taux de rotation du personnel plus faible. Il permettra au personnel soignant de diminuer l'épuisement émotionnel, d'augmenter son engagement affectif envers son organisation et d'avoir une plus grande satisfaction au travail. Il est reconnu que la bonne santé d'une entreprise ou d'une institution dépend majoritairement de la bonne santé de ses employés, santé physique et psychologique.

La formation est essentielle pour pallier les symptômes physiques des patients, mais l'accès à la formation tout au long de la pratique infirmière peut permettre de mieux aborder des situations rencontrées. À la suite des nombreuses évolutions dans le monde du soin, la formation initiale en soins infirmiers a connu de multiples réformes. Les réformes de 1960, 1972 et 1992 mettent en place l'alternance au sein de la formation infirmière afin d'établir une articulation entre théorie et pratique. La réforme de 1972 met l'accent sur le soin du patient alors que la réforme de 1992 fusionne le secteur générale et psychiatrique unifiant ainsi la formation d'infirmière. Le programme de 2009 inscrit la formation d'infirmière en formation professionnelle universitaire de sorte à créer une collaboration entre deux univers jusqu'ici plus juxtaposés entre les soins infirmiers et l'université. Ces différents programmes permettent aujourd'hui de structurer la formation aux soins

infirmiers par un référentiel métier, de compétences, de formation et de certification dans une logique d'alternance et ainsi intégrative.

A ce jour, les étudiants infirmiers doivent suivre un cursus de six semestres au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), ceux-ci permettent d'obtenir, après le passage devant un jury présidé par un représentant du ministère des affaires sociales et de la santé, le Diplôme d'État Infirmier ainsi que le grade de licence (Piot, 2015). La finalité de la formation initiale aux soins d'infirmiers est « de permettre à l'étudiant d'assumer chacun de ses rôles en tenant compte notamment des aspects éthiques et juridiques de son engagement professionnel permettant à l'étudiant l'acquisition progressive des connaissances et d'aptitudes qui contribueront à forger son identité professionnelle » (Buchet-Molfessis, 2008). Cependant, les étudiants ne reçoivent pas de formation spécifique à l'accompagner des personnes en fin de vie. Les infirmiers fraîchement diplômés manquent de connaissances lorsqu'ils sont confrontés à des situations de fin de vie (Cherix, 2005).

La formation initiale permet d'offrir aux infirmiers un bon bagage pratique et technique pour assurer leurs missions quotidiennes. Cependant, la profession d'infirmier est une profession spécifique qui amène la personne à faire face à des situations complexes comme la confrontation avec la maladie, la souffrance et la mort. Dans le secteur médical et paramédical, la mission d'accompagner la fin de vie est offerte à beaucoup mais n'est malheureusement pas donnée à tous. Accompagner un patient en fin de vie est sans doute l'un des actes le moins anodin qu'il soit permis de vivre pour un soignant. La mort a un impact émotionnel important sur les individus, elle les confronte à leur propre mort ou celle de leurs proches, aux multiples questions sur leur passage sur terre, le but de la vie et le devenir après la mort. Le personnel se doit d'être rassurant, rempli d'empathie, sans préjugé ni jugement. Il doit savoir prendre de la hauteur voire apprendre à lâcher prise quand nécessaire pour ne pas heurter sa propre personne et impacter sa vie privée. Il doit également apprendre à renforcer ses qualités d'écoute, repérer les obstacles à une bonne communication et développer son empathie pour faire de cette confrontation une relation d'aide constructive. Ces comportements ne sont pas innés et sont propres à chacun. Il est nécessaire voire prioritaire d'offrir un accès à la formation sur ces thématiques, sur les techniques et moyens de protection en toute conscience pour permettre au personnel de santé de renforcer ces compétences et de devenir des professionnels efficaces face à l'accompagnement d'un patient en fin de vie sans mettre en péril sa propre santé psychique.

Quand ils arrivent à la limite de leurs compétences, les infirmiers ont besoin de ressources pour pouvoir continuer à accompagner leurs patients jusqu'au bout tout en se protégeant eux même. La formation peut constituer une de ces ressources (Cherix, 2005).

La connaissance du cadre juridique et des modalités de sa mise en œuvre est indispensable pour toutes les professions confrontées à la fin de vie. La profession infirmière est régit par un code de déontologie qui correspond au décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant le code de déontologie des infirmiers. Les infirmiers sont tenus de déclarer sur l'honneur au conseil départemental qu'ils ont connaissance du code de déontologie de leur profession et qu'ils s'engagent à le respecter (Article R4312-2 du code de la santé publique).

Les professionnels de santé confrontés à l'accompagnement de la fin de vie doivent connaître et assurer un ensemble de texte de loi propre à la fin de vie. Les infirmiers doivent avoir connaissance de la loi Léonetti, de la personne de confiance et des directives anticipées.

La loi Léonetti correspond à la Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle a ainsi pour objectif d'interdire l'acharnement thérapeutique et de rétablir la personne soignée dans sa place de sujet. Cependant, tout le personnel soignant n'a pas connaissance de cette loi. Dans une étude de Péoc'h et Ceux (2009), sur un échantillon de 1773 personnel soignant, seulement 68% a affirmé que la Loi Léonetti était une loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, 2% a affirmé le contraire et 30% n'a pas su répondre (Péoc'h & Ceux, 2009).

La personne de confiance est une personne désignée par le malade ou par la famille pour accompagner le patient dans les décisions difficiles relatives à sa fin de vie. Cette personne de confiance a des responsabilités et des missions conditionnées par une visée éthique pouvant compter sur le soutien de ses proches et l'accompagnement des professionnels de santé. Toute personne de l'entourage du patient peut être désignée, à tout stade de la maladie, à condition qu'elle soit majeur. Les professionnels de santé doivent être informés de cette personne de confiance car elle devient leur interlocuteur premier (HAS, 2016).

Les directives anticipées sont une déclaration écrite, rédigé par toute personne, si elle le souhaite, concernant sa fin de vie. Ce document écrit a pour objectif d'aider les professionnels de santé à prendre des décisions sur les soins à donner, le moment venu, si le patient ne peut plus exprimer ses volontés. L'étude de Péoc'h et Ceux (2009) témoigne d'une bonne connaissance de ce texte de loi étant donné que les réponses correctes ont donné lieu à une moyenne notée de 7,41/10 auprès de l'échantillon de 1773 personnels soignants.

Le respect des droits des malades en fin de vie est un axe important de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins au sein du milieu hospitalier. Malheureusement nous pouvons constater aujourd'hui, d'après les études scientifiques réalisées, que le personnel soignant n'a pas la connaissance exacte, voire inexistantes des textes de loi qui régit leur profession. Une meilleure

sensibilisation des infirmières est importante afin de réduire les taux de pourcentage de réponse « Je ne sais pas » dans les études futures. De Henezel (2003) postule que « c'est seulement lorsque les professionnels de santé seront informés de la loi et formés aux bonnes pratiques que la loi Léonetti sera enfin appliquée » (De Henezel, 2003, p.6).

L'ambiance et le climat de travail définissent l'environnement et influence le quotidien des infirmières. Gagnon et al. (2015) définissent le climat de travail comme la perception d'un salarié sur les aspects de son environnement professionnel et qui lui sont psychologiquement important. L'individu évalue ainsi son climat de travail en interprétant les différents événements qui ont lieu dans son environnement de travail tel que les conditions de travail, les relations avec ces collègues, la qualité du Leadership, l'organisation dans son ensemble, etc.

L'ambiance de travail correspond au climat collectif de travail et inclut le quotidien et les relations professionnelles. Une ambiance de travail de qualité se qualifie par des relations saines et justes permettant de créer un climat de confiance. A contrario, si les relations sont moins présentes et qu'une méfiance s'installe on n'observera l'apparition d'une mauvaise ambiance et des attitudes de repli. La profession infirmière est une profession collaborative, dans laquelle l'humain et la communication sont primordiales. Les infirmiers sont en contact quotidien avec les patients mais également avec leurs collègues infirmiers, médecins, aides-soignantes, etc. L'ambiance et le climat de travail sont donc essentiel pour le bien-être et la satisfaction au travail. Le déclin de l'ambiance de travail détériore davantage l'environnement, le climat de travail et augmente les perceptions négatives amenant de l'insatisfaction, une envie de quitter l'organisation allant même jusqu'à quitter la profession d'infirmière (Maillet et al. 2016).

Une perception positive du climat de travail chez les infirmières favoriserait la motivation, l'engagement organisationnel et la productivité. Ainsi, les organisations observeraient un taux d'absentéisme, de Turn-Over et d'heures supplémentaires diminuées. Le climat de travail est fragile dans toutes les organisations. Dans le secteur de santé, il est facilement impacté par les changements de représentations d'un métier, les recompositions des équipes de travail, les arrivées, les départs, les changements d'affectation amenant un désinvestissement, bousculant l'identité professionnelle voire déclenchant une perte de sens. La confrontation à la fin de vie engendre chez les infirmiers un besoin social, de réconfort et d'échange supplémentaire avec leurs collègues. Une ambiance et un climat de travail positif est capital. Il paraît donc essentiel que les établissements de

santé assurent une ambiance de travail suscitant un climat psychologique positif et une satisfaction d'exercer la profession infirmière (Maillet et al. 2016).

La détresse au travail est un pôle négatif de la santé et est très présente chez les professionnels de santé. Durant leur carrière, le personnel soignant est susceptible de vivre de la détresse morale. Le concept de détresse se définit comme étant un grand état de douleur ou de souffrance intense qui affecte le corps mentalement et physiquement (Russell, 2012).

La détresse risque de survenir chez les infirmiers lorsque, devant les contraintes de certaines situations, celles-ci sont dans l'obligation de compromettre leurs valeurs personnelles et professionnelles. Lorsqu'un infirmier ressent de la détresse, ce sentiment reste présent tout au long de sa carrière et prend la forme de souvenir vifs et douloureux. Cette détresse survient plusieurs années auparavant. Ainsi l'infirmier continue de vivre les conséquences négatives de cette situation, impactant l'exercice de sa profession et sa relation avec les patients (Pauly, Varcoe, Storch, Newton, 2009).

La profession infirmière est une profession collaborative, dans laquelle l'humain et la communication sont primordiales. C'est pourquoi un sentiment de détresse peut faire naître une envie de quitter l'organisation allant même jusqu'à quitter cette profession. Selon une étude Américaine, entre 15% et 25% des infirmières auraient déjà quitté leur poste à la suite d'un sentiment de détresse morale (Corley et al., 2001)

Les situations difficiles et la perte d'un patient peuvent être à l'origine d'un sentiment de détresse. Ce sentiment de détresse peut être induit par un personnel insuffisant dans le service qui met en péril la qualité des soins prodigués. Ces divers contextes peuvent être à l'origine de détresse et affecter la santé physique et mentale de l'infirmier. Ces répercussions peuvent prendre la forme de maux de tête, de douleurs musculaires, d'insomnie, de palpitation, etc (Poisson et al., 2014). La détresse morale impacte négativement la satisfaction au travail et si elle n'est pas reconnue et prise en charge, elle peut se transformer en épuisement professionnel (Elpern et al., 2005).

Les ateliers d'analyse de pratiques professionnelles (AAPP) sont des ateliers mis en place dans certains établissements hospitaliers afin de permettre aux soignants de communiquer entre pairs sur leurs pratiques et leurs ressentis selon une méthode précise. Ces ateliers prennent la forme de groupe de paroles, de partages et d'échanges. Durant ces temps, les soignants peuvent exprimer leurs expériences douloureuses sans jugement, préjugé et culpabilité afin de se libérer de toute

émotion négative. Ils prennent conscience durant ces échanges que leurs pairs ont les mêmes problématiques. Le sentiment de solitude face à certaines situations disparaît et permet de désengorger le trop plein d'émotions. Les personnels infirmiers conscientisent qu'ils vivent des situations similaires et que l'assimilation des conséquences de celles-ci sont parfois difficiles et normales. Ces ateliers sont conduits selon une technique précise, encadrée par des professionnels formés dont l'objectif principal est de libérer la parole et de prévenir un engorgement émotionnel pour éviter les situations de détresse.

Partie Méthode

Présentation de la procédure d'enquête et recrutement

Notre étude exploratoire a été réalisée en mars 2021 et implique des analyses quantitatives d'entretiens menés auprès de personnels soignants au sein d'institutions publiques et privées dans la région Nord.

Ce travail de recherche a été réalisé en collaboration avec Mathilde Duez et Khadidiatou Paye. Dire qui apporte quoi combien d'entretiens et avec quels métiers pour M Bouillon

Nous avons ouvert notre campagne de communication mi-janvier 2021 auprès de plusieurs établissements de santé dans la métropole Lilloise et la région Nord. Nous avons contacté les établissements en présentant le déroulement de notre enquête et les objectifs de celle-ci. Au regard du peu de réponse reçue de la part des établissements, nous avons créé une affiche (Annexe 1) à diffuser dans plusieurs services afin de sensibiliser le personnel soignant à notre enquête. Suite à cette initiative, nous avons reçu des réponses positives à notre demande d'entretien. Nous avons alors proposé plusieurs rendez-vous afin d'organiser des rencontres avec le personnel au sein des établissements respectifs. L'un des établissements a souhaité que les entretiens se déroulent par téléphone, un autre établissement nous a accordé la journée du 1 mars pour venir interviewer plusieurs catégories de personnels soignants provenant de différents services.

Les premiers entretiens téléphoniques ont eu lieu le 25 février 2021 auprès d'un EPHAD de Roubaix et nous nous sommes rendus le lundi 1 mars au centre hospitalier de Calais.

Déroulement des entretiens

Certains entretiens ont été réalisés téléphoniquement, d'autres ont été réalisés sur le lieu de travail des personnels soignants durant leur temps de travail. Dans le cas des entretiens en présentiel, ils ont été organisés par le cadre de santé dans des bureaux ou dans des salles de pauses assurant des conditions propices à la confidentialité. Les heures des entretiens ont été choisies par le personnel en fonction des disponibilités de chacun afin d'optimiser leur réalisation dans les meilleures conditions.

La durée des entretiens a varié en fonction des participants, s'étendant de 11 à 45 minutes. Chaque entretien a débuté par une présentation du sujet de l'étude, la méthodologie retenue et les objectifs de l'enquête. Puis nous avons précisé le caractère anonyme, confidentiel et volontaire de l'entretien afin de permettre au professionnel, d'accepter ou de refuser l'échange. Après confirmation de la participation volontaire, une explication sur le principe et l'intérêt d'un enregistrement audio par dictaphone a été proposé pour nous permettre de retranscrire fidèlement les propos et un consentement a été demandé. Par la suite, le dictaphone été posé face au participant. Dans le cas des entretiens téléphoniques, les mêmes informations ont été transmises accompagnées du même consentement.

Nous avons utilisé la grille d'entretien réalisé par Fantoni, Saison, Desrumaux et Dose (2019). Les différents thèmes ont été abordés dans l'ordre de la grille d'entretien. Les entretiens se sont clôturés par un recueil de données démographiques. Les caractéristiques socio-démographiques ont été : le sexe, l'âge, le statut familial, le niveau d'étude, la profession et l'ancienneté. Les caractéristiques de fonctionnement des services et les différentes composantes relevées ont été : le nombre d'heures travaillées, le type d'établissement, le rythme de travail, le nombre de personnes encadrées, le nombre de lits dans le service, etc. Le professionnel était ensuite encouragé à poser ses questions et nous faire part de ses remarques sur sa pratique professionnelle ou sur le déroulement de cet échange.

Présentation de la population

L'étude qualitative par entretien a été menée auprès de l'ensemble des équipes de santé qui sont confrontées à la question de la fin de vie en établissement hospitalier ou en établissement pour personnes âgées sur les territoires urbains et ruraux de la région des Hauts de France. Elle visait 5 catégories de personnels de santé et soignants travaillant dans le milieu médical et paramédical : Médecins, infirmiers, aides-soignants, cadres de santé et cadres administratifs. Les professions médicales incluent les médecins alors que les professions paramédicales comportent les personnels soignants qui se consacrent aux soins et aux traitements, en collaboration avec les professions médicales (Dose, et al., 2019).

L'échantillon se composait de 50 personnels soignants provenant des 5 catégories professionnelles travaillant dans le milieu médical et paramédical. Notre analyse des résultats visera la population infirmière qui est au nombre de 21. Le recueil des entretiens auprès des infirmiers a été fait par trois masters 2. La population infirmière représentait 42% de notre échantillon global. L'échantillon se composait d'hommes et de femmes, d'âge variant de 21 à 59 ans. Il était composé de 16 femmes et 5 hommes, avec un âge moyen de 32,43 ans (ET= 9,45). Les participants avaient en moyenne 9,33 années d'expériences professionnelles (ET= 8,9) et étaient en moyenne depuis 6,12 années dans leur poste actuel (ET= 4,63).

La majorité d'entre eux occupé leur poste à plein temps (76,2%) avec un rythme de jour (74,4%). La population travaillait en EPHAD (14,3%) et en service hospitalier (85,7%). Les infirmiers provenaient de différents services : Soins palliatifs (28,6%), réanimation (14,3%), Unité Covid (23,8%), gériatrie (14,3%) et cardio-pneumologie (4,76%).

Présentation du matériel de l'enquête

Les entretiens ont été menés de façon semi-directive et individuelle. L'échange a été structuré par une grille d'entretien composée d'une liste de questions. Cette grille d'entretien constituait la trame de nos entretiens exploratoires et composée de thèmes préétablis.

Les thèmes de la grille d'entretien de Fantoni, Saison, Desrumaux et Dose (2019) ont été abordés dans cet ordre au cours de chaque entretien : Bien-être au travail, détresse au travail, soutien organisationnel psychosocial et hiérarchique, ambiance et climat de travail, ressources personnelles, charge de travail, formation, gestion des émotions, connaissance du cadre juridique et des modalités de sa mise en œuvre. Les questions sociodémographiques ont ensuite été posées. La grille d'entretien était composée de 32 questions. Nous nous sommes concentrés, pour notre analyse thématique chez les infirmiers, sur 4 axes thématiques : la charge de travail, les ressources personnelles, le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique et la détresse au travail.

Retranscription des données

La totalité des entretiens a été retranscrit dans leur intégralité grâce aux enregistrements audios. Ils ont été retranscrits mot à mot et sous la forme d'un français parlé afin de conserver la spontanéité et d'assurer la fidélité du discours. La durée des entretiens a varié de 11 à 45 minutes, le temps de retranscription moyen a été de 1h. Afin de prendre en compte uniquement le discours du personnel soignant, nous avons supprimé nos interventions et nos relances. Pour garantir l'anonymat du personnel, certains noms ont été supprimés.

Partie résultat

Les données issues des 21 entretiens des infirmiers ont été traitées en utilisant l'analyse qualitative effectuée au moyen de l'analyse thématique. Pour pouvoir analyser les entretiens, nous avons dû préparer notre matériel de données. Pour ce faire, nous avons regroupé les réponses de chaque infirmier par thèmes. Nous avons créé 4 fichiers, pour les 4 thèmes que nous avons choisi d'étudier : la détresse au travail, la charge de travail, les ressources personnelles et le soutien organisationnel, social et hiérarchique.

Nous avons décidé d'utiliser la méthode d'analyse thématique et l'analyse de contenu de L. Bardin pour analyser notre étude qualitative. L'analyse thématique ou Analyse de contenu thématique (ACT) est un outil précieux qui permet d'apporter les éléments suivants : besoin rapide de poser un diagnostic, première expérience de recherche, outil complémentaire à des méthodes quantitatives, intention de résultats descriptifs plutôt qu'interprétatifs ou explicatifs... (Paillé & Mucchielli, 2021). L'analyse thématique est une méthode d'analyse qualitative permettant « de repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996). L'analyse de contenu thématique est ainsi une méthode descriptive du matériel étudié permettant d'identifier et de recenser les éléments en vue d'une interprétation.

L'analyse de contenu de Laurence Bardin (2013) est un matériel considéré comme qualitatif. Cette analyse représente un ensemble d'instruments méthodologiques en constante amélioration, s'appliquent sur des discours. Elle est basée sur la déduction et l'inférence est au centre de cette démarche de recherche. L'analyse de contenu « balancent entre la rigueur de l'objectivité et la fécondité de la subjectivité » (Bardin, p14, 2013). Nous avons donc analysé les différents thèmes via les expressions et les occurrences dans le discours des participants.

La détresse au travail :

La question pour répondre à cette thématique était : « Vous sentez vous en détresse au regard de votre travail ? » L'objectif de cette question est l'analyse des facteurs amenant à la détresse.

Nous avons pu remarquer en analysant les verbatims que certains infirmiers affirmaient ne jamais avoir été en détresse au travail. Leurs réponses semblent prétendre qu'aujourd'hui ils n'ont pas ressenti de détresse mais qu'ils pourraient y être confrontés un jour. En effet, on a pu relever des « non, ça ne met encore jamais arriver », « non pas pour le moment », « non pas encore », « même si ce n'est pas évident tous les jours, je ne suis pas encore en détresse ».

Certains infirmiers ont exprimé ne jamais avoir souffert de détresse au travail mais expriment des sentiments pouvant être annonciateurs de cette détresse « non mais parfois fatigué quand les journées sont chargées », « non mais en frustration continuellement », « on se sent vraiment fatigué et seul ». L'Inf30HEPGéria a exprimé être en détresse car la réalisation de ses missions était physiquement impossible : « je dois donner les médicaments à 60 patients à 18h, c'est physiquement impossible ».

D'autres ont conscience d'avoir éprouvé de la détresse au travail et le justifient par un manque de soutien. Des infirmiers ont exprimé : « oui, quand c'est le bazar et qu'on n'a aucune aide de la part des supérieurs ou des collègues », « parfois oui, on ne se sent pas écouté et par la hiérarchie », « parfois on ne sait vraiment pas comment gérer ni qui appeler en cas de besoin »

Des infirmiers ont exprimé ne jamais avoir ressenti de détresse au travail et ont conscience des éléments qui les protègent de cette détresse. Pour l'Inf37FSHCardio « ma force est de ne jamais rester plus de 2 ans dans un même service. Les gens qui souffrent le plus de détresse dans le métier sont ceux qui restent longtemps dans le même service. » Il a réussi à trouver une façon de se protéger face à une détresse éventuelle et continue sur mode de fonctionnement. L'Inf35HSHSoinP estime que ce qui engendre de la détresse au travail est une mauvaise conciliation vie privée, vie professionnelle : « pas du tout, j'arrive à faire la part des choses entre la vie au boulot et la vie perso »

La charge de travail :

Question 1 : comment percevez-vous votre charge de travail ?

On peut constater que 13 infirmiers sur 21 ont décrit leur charge de travail comme « lourde », « importante », « très lourde », « on est épuisé » « énorme, j'ai trop de travail ».

A contrario, 6 infirmiers sur 21 estiment que leur charge de travail est raisonnable et correcte. Ils la décrivent comme « globalement elle est raisonnable » « on n'est pas en surcharge » « ça va » et même un infirmier a décrit sa charge de travail comme « Très bien » « j'aime quand les journées passent vite » « il y a de quoi faire ». Enfin, 2 infirmiers décrivent leur charge de travail comme « aléatoire » avec parfois « du travail à la chaîne » et parfois plus calme.

La majorité justifient leur charge de travail en fonction du nombre de personnels à leur côté : « moins de boulot quand plus de personnel » « variable car avec le covid on est plus nombreux » « on est suffisamment pour faire des soins de qualité » « 25 patients pour une seule infirmière » « il y a 4 ans avec une restriction budgétaire on est passé de 4 à 3 infirmières donc dès qu'une est absente c'est la course »

Le nombre de personnel au sein des services constitue un rôle déterminant sur la charge de travail. On constate de gros écarts entre les services où parfois ils sont en quantité suffisante pour « faire des soins de qualité » et d'autres où ils sont si peu nombreux qu'il y a « 25 patients pour une seule infirmière ». L'organisation des services est réalisée par les cadres et les infirmiers se plaignent de sonner l'alerte continuellement : « on a parlé de notre sous-effectif aux cadres, mais c'est compliqué apparemment », « des jours je suis lessivée car le cadre n'a pas su bien organiser ». Par ailleurs, certains infirmiers ont travaillé dans différents services et font le constat que la charge de travail est variable d'un service à l'autre : « Ça ne me dérange pas, par rapport à ce que j'ai fait comme autre service », « En Pneumologie assez lourde, on gérait beaucoup de patients. Ici en soins palliatifs, ça va, plus de temps pour le patient ».

Question 2 : Qu'est ce qui est plus lourd ? L'aspect physique, émotionnel, moral ou les conflits dans vos missions, rôles ?

L'aspect qui ressort le plus chez les infirmiers est l'aspect émotionnel (7 sur 21). 3 sur 21 ont exprimé l'aspect psychologie, 3 ont mentionné l'aspect moral, 4 l'aspect physique et 2 les conflits. Globalement, tous les aspects sont cités dans le discours des infirmiers. Cinq personnels infirmiers ont répondu que « tous les aspects sont lourds ». On peut donc conclure que le métier d'infirmier est un métier lourd humainement sur tous les aspects.

Les infirmiers font régulièrement référence au décès pour justifier leur choix de réponse : « émotionnel, la période où on apprend que le patient va mourir et qu'on se demande tous les jours si c'est pour aujourd'hui », « avec les décès c'est dur psychologiquement ».

Question 3 : Comment prenez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie ?

La majorité des réponses des infirmiers affirment que seuls les médecins prennent la décision sans concertation avec l'équipe (11 réponses sur 21). Ils le justifient par « nous ne sommes que des infirmiers », « les médecins prennent les décisions et nous on exécute ». Néanmoins, 8 infirmiers ont répondu que les décisions difficiles se prennent de manière « collégiale ». Ils organisent « des réunions avec l'ensemble du personnel » afin d'évoquer le cas du patient et de débattre sur les potentiels actions à venir.

Ressources personnelles

Questions 1 : Quelles sont les ressources, les valeurs qui vous paraissent importantes pour assurer l'accompagnement des patients ?

A cette question, plusieurs termes reviennent dans les discours des 21 infirmiers. La ressource « empathie » est celle qui est la plus citée, à 9 reprises. Nous retrouvons ensuite « l'écoute » 6 fois, « la bienveillance » et « la patience » 5 fois, « la disponibilité » 4 fois et « le respect » et « savoir-faire » 3 fois. On peut constater que l'empathie, la bienveillance et l'écoute en ressources personnelles et valeurs humaines sont des compétences, des ressources personnelles qui permettent aux infirmiers de mener à bien leur accompagnement des patients en fin de vie.

Question 2 : Quelles sont vos ressources en tant que personne, pour votre métier (atouts, compétences, estime de soi, personnalité, gestion des émotions, croyances religieuses, etc.) ?

A cette question, on aperçoit moins de répétition dans les termes exprimés. La question est large et donne la possibilité d'élargir les items. On remarque la répétition de 3 items : « écoute » cités 7 fois, « calme » et « empathie » cités 4 fois. Deux familles de réponses apparaissent également, l'importance d'être « joyeux », « avoir un esprit positif », et « avoir de l'humour » pour exercer le métier d'infirmier. L'Inf32HSHRéa cite « être bien dans ses baskets ». La dernière famille de ressources exprimée dans les réponses des personnels de santé est l'aspect social du métier. Pour une majorité, il est essentiel « d'avoir un bon relationnel », « d'être communicant » et « d'aimer les gens ». L'inf21FSHUniCovid exprime que ses ressources en tant que personnel soignant sont « aimer le travail en équipe » et « être sociable ».

Soutien organisationnel et hiérarchique :

Question 1 : Vous sentez vous guidé / soutenu par :

- Vos collègues : Les 21 infirmiers ont répondu positivement être soutenus par leurs collègues.
- Votre hiérarchie de proximité : A cette question, une majorité d'infirmiers a mentionné se sentir guidé / soutenu par la hiérarchie de proximité (14), 5 ont répondu négativement et 2 n'ont pas répondu.
- Le Top management de votre établissement : On remarque qu'à cette question les chiffres s'inversent. 15 infirmiers ne se sentent ignorés par le top management, 4 ont répondu positivement et 2 n'ont pas répondu.

Discussion

Notre étude portait sur le vécu professionnel des personnels soignants et plus précisément des infirmiers. Nous avons opté pour une méthode qualitative (entretien semi-directifs) dans une démarche exploratoire. Nous avons étudié 4 variables : Charge de travail, Détresse au travail, Ressources personnelles et Soutien organisationnel et hiérarchique. Nous avons rencontré 21 infirmiers provenant d'EHPAD ou de Service Hospitalier et nous avons utilisé l'analyse de contenu de Bardin (2013) pour traiter nos résultats.

Concernant **le soutien organisationnel et hiérarchique**, nous avons pu observer une majorité de réponses significatives dans les discours de notre population. L'ensemble des 21 infirmiers ont répondu se sentir soutenu / guidé par ses collègues. Certains expriment l'importance d'avoir une bonne ambiance et de l'entraide dans l'équipe. Pour beaucoup, la hiérarchie de proximité correspond à leurs cadres de santé N+1 et ne se sentent pas soutenus, entendus et dénoncent une relation conflictuelle. Les chiffres s'inversent quand on parle du Top management de leur établissement, 15 infirmiers répondent négativement et certains expriment « ne jamais les avoir rencontrés ». Les infirmiers ne connaissent pas les personnes qui constituent le Top management de leur établissement. Ils ressentent une grande distance entre la hiérarchie et leur quotidien. L'inf25HSHUniCovid déclare « ils ne comprennent pas ce que l'on vit, pour eux on n'a pas le droit de se plaindre, on nous dit qu'on est des privilégiés, que l'on a juste à tenir la main du patient en fin de vie ». Heureusement, on constate dans leur propos une belle solidarité et entraide entre les infirmiers. Ces réponses mènent à penser que cette profession se dégrade face aux réponses négatives obtenues. Un sentiment de soutien est bien réel entre les collègues, il se dégrade avec la hiérarchie de proximité pour disparaître complètement avec le top management de l'établissement.

Dans toutes professions confondues, il est primordial que les salariés connaissent et se sentent entendus et soutenus par la hiérarchie de proximité et leur top management. La hiérarchie doit également connaître l'ensemble de ses collaborateurs. Être connu et reconnu permet de développer un sentiment de soutien organisationnel et hiérarchique et ainsi de réduire les coûts psychologiques et physiologiques générés par leur milieu professionnel (Tremblay et al., 2011).

Les ressources personnelles nécessaires dans cette profession ont été abordés sous deux aspects. La première concernait les ressources générales nécessaires pour être infirmier et la deuxième les ressources innées que possédaient les professionnels, indispensables dans leur profession pour leur permettre d'assurer l'accompagnement des patients. Il s'avère que les infirmiers ont exprimé des ressources identiques : Empathie, écoute, bienveillance, patiente. Ils ont une vision générale similaire de leur profession. Développer ces ressources permet à ces professionnels de santé de mener à bien leurs missions dont celle singulière d'accompagner des patients en fin de vie. La deuxième question sollicitait une réponse individuelle, c'est-à-dire, les ressources personnelles innées que l'infirmier possédait lui-même, en tant que personne. Les infirmiers sont généralement calmes et possèdent fréquemment un sens de l'écoute et de l'empathie. On remarque qu'ils estiment posséder les ressources qu'ils ont citées comme essentielles pour accompagner les patients. L'aspect social et dynamique sont des ressources qu'une majorité d'infirmiers estiment posséder. L'inf25FEPGéria exprime une belle empathie et l'acceptation de ses émotions en essayant de prendre du recul face aux patients « essayer de faire la part des choses mais on reste humain face à la mort et accepter l'émotion ». L'humour et un bon relationnel sont des aspects qui permettent d'améliorer l'accompagnement des patients dans cette période difficile, ils apportent réconfort et légèreté Ces ressources représentent un potentiel de résistance faces aux contraintes pathogènes professionnelles (Haberey-Knuessi, 2011).

La détresse au travail a été abordée dans notre entretien. L'objectif était d'évaluer la présence de détresse au travail chez le personnel infirmier. Nous avons pu remarquer en analysant les verbatims que certains infirmiers affirmaient ne jamais avoir été en détresse au travail. Les réponses négatives reflétaient un ressenti sur un temps T et peuvent d'après les mots employés, nous laisser penser qu'ils en souffriront certainement au cours de leur carrière. On peut affirmer que la profession d'infirmier amène quasi systématiquement de la détresse dans l'exercice de ces fonctions.

Certains infirmiers ont exprimé ne jamais avoir souffert de détresse au travail mais ils ont rajouté une fatigabilité importante, un sentiment de frustration dans certaines situations et se sentir souvent impuissant. Le fait d'exprimer ces sentiments à la suite d'une question sur de la détresse semble laisser penser la présence de facteurs pouvant amener de la détresse. Certains ont conscience

d'éprouver de la détresse au travail et le justifient par un manque de soutien. Le soutien organisationnel et hiérarchique serait lié à la détresse, mis en place, il permettrait de lever cette détresse au travail.

Nous avons abordé **la charge de travail**, via une perception globale et individuelle de la charge des infirmiers. Nous avons pu observer des différences significatives parmi les 21 infirmiers, 60% ont exprimé avoir une charge « lourde » et 40% une charge « aléatoire voire correcte ». Nous pouvons souligner que pour de nombreux infirmiers, la charge de travail dépend du nombre de personnels de santé présents dans le service. Etant donné que la charge de travail représente une des contraintes de la profession les plus importantes (McConnell, 2003). Il est essentiel d'évaluer un bon équilibre entre le nombre de patients et le nombre d'infirmiers présents.

On constate d'après les dires des infirmiers une importante disparité entre les services, parfois le personnel est en nombre suffisant pour « faire des soins de qualité » et dans certains services ils sont très peu nombreux « 25 patients pour une seule infirmière ». L'organisation des services est réalisée par les cadres et le personnel se plaint de les avoir alertés à plusieurs reprises : « on a parlé de notre sous-effectif aux cadres, mais c'est compliqué apparemment », « certains jours, je suis lessivée car le cadre n'a pas su bien organiser ». Certains infirmiers ont travaillé dans différents services et font le constat que la charge de travail dépend du service et de son organisation. Les centres hospitaliers se doivent d'évaluer la charge de travail du personnel par service pour définir le nombre suffisant de soignants afin d'obtenir une charge de travail correcte. La charge de travail doit être mesurée, elle engendre des répercussions négatives et est une entrave au bien-être psychologique au travail, à la satisfaction et à l'engagement au travail (Berry et al., 2013).

Conclusion

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence le vécu professionnel du personnel infirmier et plus particulièrement d'analyser la charge de travail, la détresse au travail, les ressources personnelles et le soutien organisationnel et hiérarchique. La durée moyenne de travail d'un infirmier hospitalier, privé et public confondu est de 7 ans. Cette courte période reflète la pénibilité des missions, les contraintes horaires et un manque de reconnaissance financière et hiérarchique. Elle est néanmoins nécessaire et optimale pour l'acquisition de multiples compétences techniques, relationnelles et émotionnelles.

Bibliographie

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. et Hiber, J. (2002). Hospital nurse staffing, patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1087-1993.
- Article R4312-2 du code de la santé publique. Consulté à Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Berry, L., Curry, P., & Canadian Federation of Nurses Unions. (2013). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- 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*, 118, 85-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>
- Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. doi:10.3917/rsi.093.0094.
- Buchet-Molfessis, C. (2008). Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés. *Recherche en soins infirmiers*, 92, 68-94. <https://doi.org/10.3917/rsi.092.0068>
- Burton, J., & World Health Organization. (2010). Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices.
- Cherix, M. (2005). Quelles sont les difficultés rencontrées par les éducateurs spécialisés dans l'accompagnement des personnes en fin de vie ? *InfoKara*, 20, 121-128. <https://doi.org/10.3917/inka.054.0121>

- Chouanière, D., Cohidon, C., Langevin, V., & Niedhammer, I. (2007). Atelier N°2 : les outils de mesure des facteurs psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 68(1), 78-80. [https://doi.org/10.1016/s1775-8785\(07\)88892-8](https://doi.org/10.1016/s1775-8785(07)88892-8)
- Colombat, P., Mitaine, L., & Gaudron, S. (2014). Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie*, 20, 5-11. <https://doi.org/10.1684/hma.2013.0855>
- Corley, MC, Elswick, R, Gorman, M, Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 250-256.
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659 - 684. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3>
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné', M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 930-942. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167201278002>
- De Henezel, M., Mission « Fin de vie et accompagnement », Paris, Rapport public, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Desrumaux, P., & Gillet, N., (2016). Proumouvoir la santé psychologique au travail par la bientraitance en satisfaisant les besoins psychologiques. In Bernaud, J-L., Desrumaux, P., & Guédon, D. *Psychologie de la bientraitance professionnelle*, chapitre 14, Paris: Dunod.
- Desrumaux, P., Machado, T., & Lancry, A. (2014). L'apport de la pluralité des méthodes dans la prévention du risque psycho-socio-organisationnel. *@GRH*, 13(4), 43. <https://doi.org/10.3917/grh.144.0043>
- Dose, E., Desrumaux, P., Sovet, L., & De Bosscher, S. (2018). Succès de carrière et bien-être psychologique au travail des conseiller(e)s de l'accompagnement professionnel : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 24, 86-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pto.2017.05.002>
- Dose, E., Desrumaux, 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 des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25(4), 251- 268.
<https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>

- Dose, E., Desrumaux, P., Fantoni Quinton, S., & Saison, J. (sous presse). Bien-être au travail des soignants : de la nécessité des organisations bien traitantes et des soutiens pour la satisfaction des besoins et une bonne santé psychologique. Journée de *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs. Regard interdisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de la fin de vie* – Projet AcSoi-VIE. Université de Lille, Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales, Lille.
- Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C., Bibeau, L., & Hébert-Bonneville, N. (2009). La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances ; l'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT). Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. Montréal : CLIPP.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.
- Elepern, E. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14, 523-530.
- Fournier, P. S., Montreuil, S., & Villa, J. (2013). Contribution à un modèle explicatif de la charge de travail : le cas du service à la clientèle. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 68(1), 46-70.
- Gagnon, S., Paquet, M., & Courcy F. (2008). Climat psychologique et « santé » du milieu de travail. Acte de congrès à l'Association internationale de psychologie du travail de langue française (AIPTLF).
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace : A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.
- Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, N° 104(1), 23.
<https://doi.org/10.3917/rsi.104.0023>
- HAS (2006). La personne de confiance. Consulté le 7 juillet 2021 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

- Jacquemin, D. (2009). Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 8(2), 72-77.
- Lachmann, H., Larose, C., & Penicaud, M. (2010). Bien-être et efficacité au travail –10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail –, *Documentation nationale, Paris*.
- Lazarus R.S., (1991), *Emotion and Adaptation*, Oxford: Oxford University Press.
- Loi (Léonetti) n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Journal Officiel de la République Française*, 23 avril 2005.
- Maillet, S., Courcy, F. & Leblanc, J. (2016). Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 84-97. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0084>
- Machado, T., Desrumaux, P., & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Une étude exploratoire auprès d'aides-soignant(e)s et d'infirmier(e)s. *Bulletin de Psychologie*, 60(1), 19–34.
<http://dx.doi.org/10.3917/bupsy.541.0019>
- Massé, R., *et al.*, 1998, « Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : l'ÉMMBEP », *Revue canadienne de santé publique*, 89 (5) : 352-357.
- McConnell, C. R. (2003). From the editor. *The health care manager*, 22(3), 187-189.
- McGillis Hall, L., Pedersen, C. et Fairley, L. (2010). Losing the moment: understanding interruptions to nurses 'work. *Journal of Nursing Administration*, 40(4), 169-176.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New-York, 19-22 juin 1946. Repéré à www.who.int/about/definition/fr/
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pauly, B. Varcoe, C. Storch, J. Newton, L. (2009). Registered nurses 'perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16, 561-573.

- Péoc'h, N. & Ceaux, C. (2009). La loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie... De l'évaluation de sa connaissance à la réflexion sur les pratiques professionnelles. *Recherche en soins infirmiers*, 98, 69-
- Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 48(4), 103.
<https://doi.org/10.3917/lsdle.484.0103>
- Pohl, S., & Galletta, M. (2017). The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction : a multilevel analysis. *Applied Nursing Research*, 33, 61-66.
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C. & Brault, I. (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 65-74. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0065>
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support : a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Russel, A. (2012). Moral distress in neuroscience nursing : an evolutionary concept analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44, 15-26.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La Nouvelle Revue du Travail*, (3).
<https://doi.org/10.4000/nrt.1042>
- Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring : the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230-241.
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed : broadening our understanding. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 22-32.
- Tremblay, M., Chênevert, D., Vandenberghe, C. (2011). Le rôle respectif des différents réseaux d'échanges sociaux associés aux conditions psychologiques à l'égard de l'épuisement émotionnel et de la performance extra-rôle : le cas du personnel soignant.

Annexe 1 : Affiche de sensibilisation à l'enquête

CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX : Médecins, Internes en médecine, Cadres de santé, Infirmier(e)s, Aides-soignant(e)s, Agents de service Hospitalier

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS !

**AIDEZ À FAIRE AVANCER LA RECHERCHE EN PARTICIPANT
À NOTRE ETUDE**

Mathilde, Marie, Khadidiatou, étudiantes en Master 2 de Psychologie du travail à l'Université de Lille, participent à la recherche :

Accompagnement de la fin de vie : regards croisés des professionnels de santé

QU'EST-CE QUE NOTRE ETUDE ?

- Entretien confidentiel
- L'entretien reste **ANONYME** et soumit au protocole déontologique.
- Il permettra de faire avancer la recherche sur le bien-être du personnel soignant et de prendre en considération l'impact psychologique de votre métier.



COMMENT PARTICIPER ?

- Inscrivez-vous dans le tableau ci-dessous !
- Nous nous déplacerons dans votre service dans les prochains jours afin de réaliser les entretiens.
- Pour toutes questions, n'hésitez pas à nous contacter par mail : recherche.acsolvie@gmail.com


Université
de Lille

Annexe : Tableau Verbatims Détresse au Travail

<p>La détresse au travail : Vous sentez vous en détresse au regard de votre travail ?</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « en difficulté » « on ne sait pas qui appeler en cas de besoin »</p> <p>Inf59FSHUniCovid : « Non »</p> <p>Inf24FSHRéa : « non mais pas tous les jours évidents » « je ne suis pas encore en détresse »</p> <p>Inf27FSHRéa : « non » « des périodes difficiles » « mais ça va »</p> <p>Inf32HSHRéa : « Oui Oui »</p> <p>Inf29FSHUnicovid : « Oui » « pas d'aide des supérieurs ou collègues »</p> <p>Inf21FSHUniCovid : « non » « ça ne m'est encore jamais arrivé »</p> <p>Inf35HSHSoinP : « du tout » « j'arrive à faire la part des choses »</p> <p>Inf44FSHGéria : « non »</p> <p>Inf31FSHGéria : « avec le COVID » « oui »</p> <p>Inf29FSHRéa : « non » « je ne pense pas »</p> <p>Inf26FSHUnités : « non » « pour des collègues si »</p> <p>Inf29HSHUnitéC : « des accumulations » « fatigue »</p> <p>Inf37FSHCardio : « non » « la force que je n'ai » « pas plus de 2 ans dans le même service » « la détresse dans le métier c'est de rester longtemps dans le même service ».</p> <p>Inf25FEPGéria : « non » « impuissante » « frustration »</p> <p>Inf30HEPGéria : « parfois physiquement impossible » « on soit suivre certaines priorité » « encaisser la violence des résidents » « prendre sur soi et relativiser »</p> <p>Inf32FSHunités : « oui » « pas écouté » « pas pris en compte pas la hiérarchie »</p> <p>Inf23FSHSoinP : « non pas du tout » « pas pour le moment »</p> <p>Inf25HSHUniC : « avec la Covid oui » « impuissant » « frustré »</p> <p>Inf52FSHSoinp : « frustré »</p> <p>Inf35FEPSoinp : « non » « fatigué »</p>
--	---

Annexe : Tableaux Verbatims Charge de travail :

Questions	Réponses
<p>Q1 : Comment percevez-vous votre charge de travail ?</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « lourde »</p> <p>Inf59FSHUniCovid : « Ça ne me dérange pas » « par rapport à ce que j'ai fait comme autre service »</p>

	<p>Inf24FSHRéa : « Lourde physiquement et psychologiquement » « psychologiquement c'est pesant d'avoir des décès » « on est épuisé psychologiquement »</p> <p>Inf27FSHRéa : « En Pneumologie assez lourde » « on gérait beaucoup de patient » « Ici en soin palliatif, ça va » « plus de temps pour le patient »</p> <p>Inf32HSHRéa : « Très bien » « j'aime quand les journées passent vite » « il y a de quoi faire »</p> <p>Inf29FSHUnicovid : « Variable » « avec le covid on est plus nombreux » ça peut vite devenir la course » « donc plus lourde »</p> <p>Inf21FSHUniCovid : : « ça va » « quand le service est complet » « pas le temps de se reposer »</p> <p>Inf35HSHSoinP : « des moments plus difficiles » « globalement c'est raisonnable »</p> <p>Inf44FSHGéria : « très lourde »</p> <p>Inf31FSHGéria : « lourde »</p> <p>Inf29FSHRéa : « importante »</p> <p>Inf26FSHUnitÉS : « très lourde »</p> <p>Inf29HSHUnitéC : « grosse charge de travail »</p> <p>Inf37FSHCardio : « lourde »</p> <p>Inf25FEPGéria : « aléatoire » « parfois beaucoup de patient, c'est à la chaîne » « il y a 4 avec une restriction budgétaire on est passé de 4 à 3 infirmière » « dès qu'une n'est pas là la charge est énorme »</p> <p>Inf33HEPGéria : « aléatoire » « selon les services »</p> <p>Inf32FSHunitÉS : « Lourde » « 25 patients pour une infirmière » « on a parlé de notre sous-effectif aux cadres, mais c'est compliqué apparemment »</p> <p>Inf23FSHSoinP : « correct » « chance d'être dans un petit service » « nombre de personnel correct »</p> <p>Inf25HSHUniC : : « ça va »</p> <p>Inf52FSHSoinp : « globalement non » « on n'est pas en surcharge »</p> <p>Inf35FEPSoinp : « énorme » « j'ai trop de travail »</p>
<p>Q2 : Qu'est ce qui est le plus lourd ? L'aspect physique, moral, émotionnel, ou les conflits dans vos missions, rôles ?</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « moral »</p> <p>Inf59FSHUniCovid : « conflit » « tout »</p> <p>Inf24FSHRéa : « émotionnel » « on reste humain »</p> <p>Inf27FSHRéa : « physique » « psychologique » « tout »</p> <p>Inf32HSHRéa : « émotionnel » « physique » « psychologique »</p> <p>Inf29FSHUnicovid : « physique » « je m'écarte de tout émotionnel »</p> <p>Inf21FSHUniCovid : : « tout » « avec les décès c'est dur »</p>

	<p>psychologiquement » « et physiquement on est tout le temps debout »</p> <p>Inf35HSHSoinP : « émotionnel »</p> <p>Inf44FSHGéria : « émotionnel » « physique » « psychologique »</p> <p>Inf31FSHGéria : « moral »</p> <p>Inf29FSHRéa : « psychologique » « mentale »</p> <p>Inf26FSHUnités : « surtout psychologique »</p> <p>Inf29HSHUnitéC : « émotionnel »</p> <p>Inf37FSHCardio : « physique »</p> <p>Inf25FEPEGéria : « émotionnel » « physique » « moral »</p> <p>Inf33HEPEGéria : « communication »</p> <p>Inf32FSHunités : « moral » « physique »</p> <p>Inf23FSHSoinP : ?</p> <p>Inf25HSHUniC : : « aucune »</p> <p>Inf52FSHSoinp : « émotionnel » « la période où on sait que le patient va mourir et qu'on se demande tous les jours s c'est aujourd'hui »</p> <p>Inf35FEPSoinp : « conflit dans les missions »</p>
<p>Q3 : Comment prenez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie ?</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « décision prise par les médecins »</p> <p>Inf59FSHUniCovid : « on est libre »</p> <p>Inf24FSHRéa : « médecin et famille » « on a pas notre mot à dire » « le pire c'est la famille »</p> <p>Inf27FSHRéa : « médecin » « on est là pour exécuter »</p> <p>Inf32HSHRéa : « réunion pluridisciplinaire »</p> <p>Inf29FSHUnicovid : « médecin » « équipe » « famille »</p> <p>Inf21FSHUniCovid : : « pas facile » « médecin » « concertation avec l'équipe »</p> <p>Inf35HSHSoinP : « tout le personnel » « chacun donne son avis »</p> <p>Inf44FSHGéria : « concertation » « ENSA »</p> <p>Inf31FSHGéria : « global » « médecins et famille »</p> <p>Inf29FSHRéa : « pas une fatalité »</p> <p>Inf26FSHUnités : « compliqué » « par les médecins »</p> <p>Inf29HSHUnitéC : « médecin »</p> <p>Inf37FSHCardio : « médecin »</p> <p>Inf25FEPEGéria : « médecin »</p> <p>Inf33HEPEGéria : « j'appelle mes collègues pour avoir une confirmation morale »</p> <p>Inf32FSHunités : « réunion en équipe » « on est bien écouté par les médecins »</p> <p>Inf23FSHSoinP : « médecins » « jamais de décision seul »</p>

	<p>Inf25HSHUniC : « en équipe pluridisciplinaire »</p> <p>Inf52FSHSoinp : « je suis qu'une infirmière » « médecin »</p> <p>Inf35FEPSoinp : « médecin » « psychologue »</p>
--	---

Annexe : Tableau Verbatims Ressources Personnelles :

Questions	Réponses
<p>Q1 : Quelles sont les ressources, les valeurs qui vous paraissent importantes pour assurer l'accompagnement des patients ?</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « patience » « écoute » « disponible » Inf59FSHUniCovid : « famille » Inf24FSHRéa : « écoute » « Inf27FSHRéa : « Empathie » « écoute » « disponible » Inf32HSHRéa : « patience » « savoir être » « savoir-faire » « empathie » Inf29FSHUnicovid : « l'écoute » « l'empathie » « professionnalisme » « se remettre en question » Inf21FSHUniCovid : : « empathie » « bienveillance » « souriant » Inf35HSHSoinP : « communication » « disponibilité » Inf44FSHGéria : « patiente » « non-jugement » « tolérance » « adaptation » Inf31FSHGéria : « bienveillance » Inf29FSHRéa : « empathie » « bienveillance » « écoute » Inf26FSHUnités : « empathie » « écoute » « savoir-être » Inf29HSHUnitésC : « rigueur » « organisation » « prendre du recul » Inf37FSHCardio : « empathie » « écoute » « professionnalisme » « remise en question » Inf25FEPGéria : « consentement » « respect » « sourire » Inf33HEPGéria : « patience » « bienveillance » « conscience professionnelle » Inf32FSHunités : « éthique » « respect » Inf23FSHSoinP : « bienveillance » « empathie » « douceur » « patiente » « compréhension » Inf25HSHUniC : : « bonne ambiance » « bonne dynamique » « confiance » « communication » Inf52FSHSoinp : « empathie » « rigueur » « écoute » Inf35FEPSoinp : « empathie » « rigueur » écouter » « échanger »</p>
<p>Q2 : Quelles sont vos ressources en tant que personne pour votre métier (atouts, compétences, estime de soi, personnalité, gestion</p>	<p>Inf36FSHSoinP : « calme » « écoute » Inf59FSHUniCovid : « calme » « tactile » Inf24FSHRéa : « parler » « évacuer » Inf27FSHRéa : « faire la part des choses » « rester humains » « empathie »</p>

<p>des émotions, croyances religieuses, etc) ?</p>	<p>Inf32HSHRéa : « savoir-être » « savoir-faire » « être bien dans ses baskets » « joyeux »</p> <p>Inf29FSHUnicovid : « calme » « écoute » « empathie » « bienveillance »</p> <p>Inf21FSHUniCovid : « aimer le travail en équipe » « sociable » « empathie » « écouter »</p> <p>Inf35HSHSoinP : « communication » « avoir de l'humour »</p> <p>Inf44FSHGéria : « calme » « écoute »</p> <p>Inf31FSHGéria : « rester soi-même »</p> <p>Inf29FSHRéa : « humaine » « dynamique » « écoute »</p> <p>Inf26FSHUnités : « savoir-vivre » « confiance en soi » « dextérité »</p> <p>Inf29HSHUnitéC : « bon relationnel » « rigueur »</p> <p>Inf37FSHCardio : « empathie » « écoute »</p> <p>Inf25FEPEGéria : « calme » « écoute »</p> <p>Inf33HEPEGéria : « patience » « bienveillance » « gestion des émotions »</p> <p>Inf32FSHUnités : « dynamique » « écoute »</p> <p>Inf23FSHSoinP : « douce » « bienveillante » « discrète »</p> <p>Inf25HSHUniC : « bien expliquer au patient » « humour »</p> <p>Inf52FSHSoinp : « expériences » famille »</p> <p>Inf35FEPSoinp : « empathie » « carré » « écoute » « échange »</p>
--	--

Annexe : Tableau de Verbatims Soutien organisationnel et hiérarchique :

Retirés

confidentiel

Tableaux de fréquence :

Variables	Verbatims Associés	Nombre de mentions		
Détresse au Travail	Non	11		
	Oui	5		
	Fatigue	2		
	Pas encore	3		
Charge de travail	Question 1	Lourde/ Importante	13	
		Aléatoire/ Variable	2	
		Correct	6	
	Question 2	Aspect émotionnel	7	
		Aspect psychologique	3	
		Aspect moral	3	
		Aspect physique	4	
		Conflit rôles	2	
	Question 3	Médecins	11	
		Collectif	8	
	Ressources personnelles	Question 1	Empathie	9
			Bienveillance	5
			Ecoute	6
Patience			5	
Respect			3	
Savoir-faire			3	
Souriant			2	
Disponible			4	
Question 2			Ecoute	7
		Calme	4	
		Empathie	4	
		Humour/ joyeux	5	
		Social/ relationnel	5	
Soutien Organisationnel et Hiérarchique		Les collègues	Oui	21
	Non		0	
	Hiérarchie de proximité	Oui	14	
		Non	5	
	Top management de l'établissement	Oui	4	
		Non	15	