



**HAL**  
open science

**Etude qualitative par entretiens auprès des  
aides-soignants de patients en fin de vie : Charge,  
Reconnaissance et de soutiens organisationnels, de la  
hiérarchie et des collègues : liens avec le bien-être et  
l'accompagnement des patients en fin de vie**

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Maïté Brunel, Justine Gocel-Chalte, Camille  
Vanhecke

► **To cite this version:**

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Maïté Brunel, Justine Gocel-Chalte, Camille Vanhecke. Etude qualitative par entretiens auprès des aides-soignants de patients en fin de vie : Charge, Reconnaissance et de soutiens organisationnels, de la hiérarchie et des collègues : liens avec le bien-être et l'accompagnement des patients en fin de vie. Université de Lille. 2021. hal-04451809

**HAL Id: hal-04451809**

**<https://hal.univ-lille.fr/hal-04451809v1>**

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.

Etude qualitative par entretiens auprès des aides-soignants de patients en fin de vie :  
Charge, Reconnaissance et de soutiens organisationnels, de la hiérarchie et des  
collègues : liens avec le bien-être et l'accompagnement des patients en fin de vie

Desrumaux Pascale, Dose Eric, Brunel Maité, Gocel-Chalte Justine, Vanhecke, C.  
Rapport de recherche

Juin 2021

## Table des matières

Introduction.....	3
1. Eléments scientifiques et théoriques de l'enquête qualitative auprès des aides-soignants.....	4
1.1 L'accompagnement des personnes en fin de vie.....	5
1.1.1 Définitions des soins palliatifs .....	6
1.1.2 La démarche palliative (participative).....	6
1.1.3 Le travail des soignants avec des personnes en fin de vie .....	8
1.2 La qualité de vie au travail (QVT).....	9
1.2.1 Définitions.....	9
1.2.2 Les facteurs influençant la QVT .....	10
1.2.2.1 Caractéristiques environnementales.....	10
1.2.2.2 Caractéristiques individuelles.....	11
1.3 Le Bien-Être Psychologique au Travail (BEPT).....	12
1.3.1 Bien-être eudémonisme – Bien-être <i>pensé</i> .....	13
1.3.2 Bien-être hédonique – Bien-être <i>ressenti</i> .....	13
1.3.3 Les déterminants du BEPT .....	13
1.4 Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX) .....	14
1.4.1 Définitions du LMX .....	14
1.4.2 L'influence d'une relation d'échange leader-membre .....	15
1.5 La charge de travail .....	16
1.5.1 Définitions.....	17
1.5.2 Les risques individuels .....	18
2. Problématique de la recherche.....	19
3. Méthodologie de la recherche.....	21
3.1 But de la recherche .....	21
3.2 Présentation de la procédure de la recherche.....	21
3.2.1 Le recrutement des participants .....	21
3.2.2 Le déroulement des entretiens .....	22
3.3 L'échantillon de l'étude.....	23
3.3.1 Choix de l'échantillon .....	23
3.4 Présentation de la procédure de la recherche.....	23
3.4.1 Le recrutement des participants .....	23
3.4.2 Le déroulement des entretiens .....	24
3.5 Présentation du matériel de l'enquête.....	26
3.5.1 Recueil des données .....	26
3.5.2 L'analyse qualitative .....	28
3.5.2.1 Définitions.....	28
3.5.2.2 Les étapes de l'analyse qualitative ou de contenu.....	29
3.5.3 L'analyse thématique .....	30

3.5.3.1	Définitions.....	31
3.5.3.2	Les fonctions de l'analyse thématiques.....	31
4.	Les résultats.....	31
4.1	Le Bien-être au psychologique au travail des aides-soignants .....	32
4.1.1	Éléments contribuant au bien-être du soignant .....	32
4.1.1.1	Le travail avec le patient/résident.....	32
4.1.1.2	Le travail avec les professionnels .....	33
4.1.1.3	Organisation du travail .....	33
4.1.2	Amélioration des conditions de travail.....	34
4.1.2.1	Ressources humaines .....	34
4.1.2.2	Le temps .....	34
4.1.2.3	Le soutien organisationnel .....	35
4.2	Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique ( LMX).....	37
4.2.1	Le soutien entre collègues.....	37
4.2.1.1	Soutenus par les collègues .....	37
4.2.2	Le soutien des soignants par la hiérarchie de proximité.....	38
4.2.2.1	Soutenu par la hiérarchie de proximité.....	38
4.2.2.2	Non soutenu par la hiérarchie de proximité .....	38
4.2.3	Le soutien des soignants par le top management de l'établissement.....	39
4.2.3.1	Soutenus par le top management .....	39
4.2.3.2	Non soutenu par le top management .....	39
4.3	La charge de travail .....	41
4.3.1	La perception de la charge de travail .....	41
4.3.1.1	Charge acceptable .....	42
4.3.1.2	Charge lourde .....	42
4.3.1.3	Charge variable .....	43
4.3.2	Le type de charge .....	44
4.3.2.1	Charge physique .....	44
4.3.2.2	Charge morale .....	45
4.3.2.3	Charge émotionnelle .....	45
4.3.3	La prise de décision .....	46
4.3.3.1	Pas de prise de décision.....	46
4.3.3.2	Prise de décision en groupe.....	47
5.	Discussion.....	48
6.	Limites de l'étude.....	51
6.1	Les implications.....	52
6.1.1	Implications à la recherche.....	52
6.1.2	Implications pratiques .....	53
7.	Conclusion.....	54
8.	Références bibliographiques.....	54
9.	Annexes .....	58

## Introduction

« Face à l'extrême vulnérabilité des personnes à prendre en charge dans ce contexte particulier, le risque d'épuisement professionnel est important. Or, c'est justement le patient et son entourage qui sont les premières victimes de cet épuisement (burnout). Il va se traduire dans un premier temps par un recentrage vers des soins purement techniques au détriment des soins relationnels. Les mécanismes de défense mis en œuvre, bien que nécessaires, peuvent alors facilement conduire à des conduites inappropriées, non bientraitantes » (p.140)

Cet extrait de Delavois et al. (2013) reflète une véritable problématique concernant l'accompagnement des personnes en fin de vie, qui perdure depuis presque 20 ans. En effet, malgré certaines législations mises en place suite à l'adoption de la loi Leonetti le 22 Avril 2005, stipulant l'interdiction de l'obstination déraisonnable, accordant au patient la faculté de rédiger des directives anticipées et de recevoir un traitement visant à soulager la douleur et susceptible d'abrégé la vie, nous nous rendons compte, suite à des évaluations, d'une réelle méconnaissance de ces dispositifs. Que se soit, de la part des soignants, que des patients. Pourtant, la loi du 2 Février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie et censée garantir le meilleur apaisement possible des souffrances, ce veut inefficace en terme d'amélioration des qualités des soins et d'accompagnement des personnes en fin de vie.

Certains travaux étudiant la souffrance des soignants accompagnant des patients en fin de vie (Colombat et al., 2001 ; Doublet et al., 2002 ; Dose et al., 2019), pourraient expliquer certains freins à l'application de ces dispositifs et à l'accompagnement. La citation de Delavois et al. (2013) illustrent bien l'impact de la qualité de vie au travail des soignants sur l'accompagnement des patients. Dans ce contexte si particulier des soins palliatifs, la vulnérabilité des professionnels de santé est davantage mise à l'épreuve. Les patients ont besoin de la formation médicale pour leurs symptômes et pour leurs maladies, mais pour un accompagnement complet et de qualité, les soignants doivent davantage être à l'écoute et adopter une posture empathique (Colombat et al., 2001). Ces aptitudes demandent au corps médical de la disponibilité, du temps et une attention permanente, en plus de leur charge de travail habituelle. Cependant, ces conditions sont difficiles à acquérir en vue du manque de main d'œuvre et de moyens apportés par l'organisation pour faciliter le travail. Cela peut créer «une accumulation de frustration entraînant un hyper-activisme inefficace qui va jusqu'à l'épuisement » (Colombat et al., 2001, p.6).

Les professionnels de santé accompagnant des personnes en fin de vie doivent trouver une juste distance avec leurs patients (Delavois, et al., 2013) afin d'avoir une meilleure gestion des émotions et de se prémunir contre une souffrance émotionnelle (Simard, 2016). Cela favorise d'une part, une prise en charge bienveillante du patient et d'autre part, une protection émotionnelle du soignant. Néanmoins, chaque cas est unique et l'équilibre d'une juste distance dépendra de la personnalité du professionnel et du contexte.

Afin d'améliorer l'accompagnement de ces personnes, il est nécessaire, voire impératif, d'améliorer la qualité de vie au travail des soignants. Que ce soit du côté organisationnel, que du côté ambiance au travail. Le travail suivant contribuera donc, à analyser les freins et les leviers à un accompagnement de qualité et de démontrer par la suite, l'impact de la qualité de vie au travail des professionnels de santé sur l'assistance apportée aux personnes en fin de vie. Nous débutons avec une recherche théorique qui permettra de rendre compte des résultats déjà publiés sur ce sujet, d'étudier nos variables indépendantes et suite à ça, de créer nos hypothèses.

La méthodologie mise en place pour répondre à ces dernières, aura pour but de recueillir des informations à partir d'une grille d'entretien réalisé par Fantoni et al. 2019 (annexe 1), abordant différents thèmes comme, le bien-être, le climat et la détresse au travail, la gestion des émotions, les connaissances du cadre juridique, etc. Le type de population que nous allons étudier, sera les aides soignant.e.s. Les résultats seront traités et analysés à partir d'une analyse qualitative afin d'apprécier les verbatims émis lors des entretiens. Après la discussion, nous présenterons également les limites et les implications de cette étude puis conclurons.

## **1. Éléments scientifiques et théoriques de l'enquête qualitative auprès des aides-soignants**

La demande d'accompagnement des personnes en fin de vie et des services palliatifs ne fait que s'accroître depuis ces dernières années, au vu du vieillissement de la population (Fillion et al., 2013). Les exigences de qualité et de sécurité des soins s'intensifient sans cesse. De plus, l'évolution des maladies chroniques oblige à repenser l'organisation des soins et les modalités de prise en charge. Ces évolutions ont des conséquences sur les conditions de travail et il est nécessaire de les prendre en compte pour envisager le devenir des professionnels et que la qualité des soins et de l'accompagnement ne soit pas détériorée. Cependant, les ressources financières et de surcroît, les ressources humaines, ne suivent pas, augmentant considérablement la charge de travail et le stress qui l'accompagne.

Une étude de Ogin'ska-Bulik et Michalska (2020), ayant pour but, de déterminer le rôle médiateur de l'épuisement professionnel dans la relation entre résilience psychologique et le stress traumatique secondaire (STS), chez les infirmières travaillant avec des patients en phase terminale, a mis en évidence le rôle joué par l'épuisement professionnel dans la manifestation du STS. Plus une personne va être épuisée professionnellement, plus elle va générer du stress traumatique. Cela peut amener à une qualité de soin pauvre, et de ce fait, un mauvais accompagnement.

De plus, d'autres facteurs peuvent entrer en jeu. Certes, le milieu de la santé demande beaucoup d'efforts et d'investissements, néanmoins, les professionnels savent à quoi s'attendre et aiment malgré tout leur métier et l'aide qu'ils apportent aux patients. Mais des facteurs comme le harcèlement peuvent tout déséquilibrer. Une étude faite sur 699 infirmières, démontre que le harcèlement en milieu de travail empêche la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux et favorise l'épuisement professionnel (Trépanier et al., 2015). De surcroît, le besoin psychologique de base est corrélé à l'engagement des professionnels et à la satisfaction professionnelle (Onyishi et al., 2019). Le désengagement conduit à des rapports plus conflictuels avec le malade et à une perte d'estime professionnelle (Loriol, 2003, p. 480). D'autre part, une étude de Fillion et al (2011), a démontré que les infirmières travaillant en centre hospitalier, rapportent plus de stress et moins de satisfactions au travail que celles œuvrant à domicile. De même, les auteurs ont comparé le stress selon le type d'unité de soins en centre hospitalier et il en ressort, que le stress des infirmières travaillant en soins critiques et en oncologie est plus élevé, que celui des infirmières exerçant sur une unité spécialisée en soins palliatifs.

Cependant, dans notre étude, nous nous intéresserons à d'autres types de variables influençant la qualité de vie au travail. Le bien-être au travail, le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX) et la charge de travail. Ces dernières peuvent avoir des conséquences sur la qualité de vie au travail d'un professionnel, qui de surcroît, peut avoir un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

## **1.1 L'accompagnement des personnes en fin de vie**

Accompagner des personnes en fin de vie demande aux professionnels de santé certaines ressources émotionnelles et personnelles spécifiques. En effet, la fin de vie, n'est pas une dimension anodine, il peut être difficile pour les soignants d'être confrontés quotidiennement à la mort, rappelant que la vie n'est pas éternelle. De plus, avec le vieillissement de la population, et les conséquences de la

longévité humaine (Martin & Le Bihan, 2010), les demandes en soins palliatifs ne font que s'accroître ces dernières années. Néanmoins, l'accompagnement à la fin de vie ne se résume pas uniquement aux soins palliatifs. D'autres secteurs, sont confrontés à cette dimension, par exemple, les EHPAD ( Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

### **1.1.1 Définitions des soins palliatifs**

A la fin des années 1980, est apparue en France les unités de soins palliatifs, lieux spécialisés dans la prise en charge des malades en fin de vie. Plusieurs définitions sont présentes dans la littérature

- Définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), (2002): « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. ».
- Définition de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (2002): « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri-professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. »
- Définition de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et des Soins Palliatifs) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible (...), sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »

Ces différentes définitions, stipulent que l'objectif des soins palliatifs est de soulager la souffrance des patients, qu'elle soit physique, psychologique ou spirituelle, afin d'améliorer la qualité de vie et de sauvegarder leur dignité. Les soignants ont, bien entendu, une place prépondérante dans l'accompagnement, en terme de soutien. Cet accompagnement s'inscrit dans la démarche palliative.

### **1.1.2 La démarche palliative (participative)**

Possibilité d'être mise en place, suite à l'annonce d'une maladie grave ou de complication sévère, dont on sait que la personne ne guérira pas, néanmoins, elle ne se limite pas à la fin de vie . Elle est mise en œuvre en amont dès que la maladie est considérée comme mortelle. Elle permet une anticipation (HAS-Santé) de la fin de vie, en abordant des questions éthiques, et en donnant un accompagnement psychologique. Selon des textes ministériels, cette dernière facilite la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches dans une « dynamique participative » prenant en compte les difficultés des soignants (Colombat, 2013). Cette dynamique comprend deux grands éléments essentiels relevés par Colombat (2013) :

➤ La création d'espaces d'échanges entre soignants qui peuvent revêtir de multiples modalités, comprenant trois points :

- *Les équipes pluri-professionnelles*, qui regroupent différents corps de métier : aides-soignant.e.s, infirmier.e.s, cadre(s) de santé, médecin et professionnels des soins de support comme, psychologue, kinésithérapeute, ergonome, etc). Le but est de donner une écoute et de libérer les avis de toutes les professions, afin d'élaborer à partir de la situation du patient, un projet de soin et/ou un projet de vie.

- *Les réunions de soutien aux équipes* : Organisation d'une réunion avec pour animateur un psychologue ou un psychiatre extérieur au service. Une personne extérieure et neutre, aura un avis plus objectif sur la situation et facilitera l'expression des difficultés. Ces réunions diminueront la souffrance, provoqué par la situation déclenchant les mécanismes de cette souffrance ;

- *La formation interne* : former de façon homogène les membres d'une équipe. Apporter un temps de rencontre entre les agents, qui par conséquent, encourage et libère la prise de parole de chacun.

➤ La démarche projet

Elle implique la participation des membres de l'équipe soignante dans l'élaboration de propositions, de solutions, d'améliorations, etc. Elle permet de responsabiliser et autonomiser les membres de l'équipe. Les étapes sont toujours les mêmes : Définition des problèmes à résoudre, mettre en place un/des groupe de travail chargé(s) de faire des propositions, discuter des propositions, prise de décision et mise en application ou réévaluation.

Cette démarche palliative permet une meilleure prise en charge des patients et des proches, grâce à des groupes de travail pluri-professionnels, ayant pour objectif d'évaluer vers l'interdisciplinarité (Colombat, 2013). Cette dernière garantit l'élaboration de projets communs au profit du patient et de ses proches.



### **1.1.3 Le travail des soignants avec des personnes en fin de vie**

«Le rapport à la fin de vie et à la mort, constitue inévitablement un évènement hautement perturbateur pour le collectif de travail en milieu hospitalier.» (Castra, 2004, p. 54). Le soignant se retrouve constamment confronté au sens de l'existence et aux aspects fondamentaux de la condition humaine. Selon Amar (2009), de nombreux professionnels des soins palliatifs témoignent d'une souffrance au travail. La connaissance de l'issue fatale et de la répétition des décès créent au fil du temps une pression sourde et permanente que les soignant.e.s évoquent souvent. Les agents créent des liens avec leurs patients, et c'est non seulement leur souffrance, mais aussi la relation qu'ils partagent qui demeure une difficulté pour les professionnels. De plus, ces derniers sont engagés dans une dynamique relationnelle qui implique la subjectivité entre les soignants et les soignés. C'est une approche humaniste soutenant que les valeurs éthiques doivent présider aux pratiques de soignants (Castra, 2004). Cependant, il peut être compliqué de respecter ces valeurs, en vue de la concentration de malades mourants dans un lieu spécifique, qui peut être vu comme un travail à la « chaîne ».

Les soignant.e.s sont donc très souvent confrontés aux risques d'usure professionnelle et d'épuisement émotionnel, les poussant à trouver des stratégies auto-protectrices et des dispositifs pour minimiser cette souffrance et éviter une trop grande proximité ou implication, sans que cela en pâtisse sur les patients. Cosnier (1993), stipule que ces attitudes défensives, relèvent « de l'absentéisme, de l'indifférence (voir le cynisme et le culte de l'humour noir), la distanciation affective et la divergence interactionnelle » (p. 20), qui par conséquent, entraîne des difficultés d'écoute des patients. Selon Vega (1997), l'exercice hospitalier consisterait à reconstituer progressivement les limites du rôle professionnel par rapport aux malades, afin de trouver une juste distance avec le malade et l'équilibre entre l'éthique et les conditions de travail. D'autre part, une étude de Fillion et al. (2011), a démontré que les infirmières travaillant en centre hospitalier, rapportent plus de stress et moins de satisfactions au travail que celles œuvrant à domicile. De même, les auteurs ont comparé le stress selon le type d'unité de soins en centre hospitalier et il en ressort, que le stress des infirmières travaillant en soins critiques et en oncologie est plus élevé, que celui des infirmières exerçant sur une unité spécialisée en soins palliatifs.

Selon, Schmitt et Ghadi (2013), les professionnels de santé témoignent fréquemment des conflits de nature éthique auxquels ils font face au quotidien : le directeur d'un établissement qui choisit de ne pas remplacer des agents absents tout en sachant que cela mettra les équipes en difficultés; l'aide soignant.e qui fait la toilette d'une personne dépendante en moins de dix minutes; le médecin qui

force la sortie d'un patient stabilisé mais qui n'a pas de domicile fixe, etc. Une étude de Fillion et al. (2013), analysant les éléments stressants moraux en lien avec les dilemmes éthiques, auprès de vingt huit infirmier.e.s au Québec, travaillant dans des soins palliatifs, a démontré la présence de dilemmes éthiques associés à la perception d'acharnement thérapeutique, les arrêts de traitement et les perceptions d'euthanasie, l'impuissance face à la souffrance de l'autre, le manque de respect, de la volonté du patient et le mensonge sur l'état du patient. Selon les auteurs « ces dilemmes heurtent les convictions personnelle des infirmières et la plus part ont du agir de façon non conforme à leur conscience professionnelle. » (p. 28). Cela entraîne une souffrance éthique qui a pour conséquence une démotivation, l'apparition de problèmes de santé, une perte de sens au travail, retrait et stress de conscience.

D'après Castre que nous avons cité ci-dessus, la difficulté pour les professionnels d'être près des mourants est loin de s'effacer ou de s'estomper avec le temps. Les auteurs constatent même que ces difficultés persistent et parfois même s'accroissent. Selon eux « L'endurcissement et la résistance morale ne sont jamais véritablement acquis en soins palliatifs : à chaque instant, le mourant vient rappeler au bien portant sa finitude et la réalité de sa propre mort » (p. 56)

## **1.2 La qualité de vie au travail (QVT)**

### **1.2.1 Définitions**

Selon, Grosjean (2004), « la qualité de vie au travail se construit autour d'indicateurs objectifs relatifs aux conditions de travail et à l'emploi. Les problèmes d'horaires, de rémunération, l'environnement matériel et humain, le type et la nature des formations proposées au personnel, la sécurité d'emploi font donc partie de la définition de la qualité de vie au travail. » (p. 10). Ce concept s'est progressivement développé au début des années 1960, selon l'idée, que en améliorant la QVT des agents, nous améliorons de surcroît la productivité et le bien être des salariés. Cette amélioration, vise à prendre en compte les besoins des employés. Ces besoins sont corrélés avec l'engagement au travail et la satisfaction professionnelle (Onyishi et al., 2019). D'après Laflamme (1994), la QVT c'est le rapport entre les personnes et leur travail. Il met l'accent sur le fait que le travail possède un sens propre. De plus, selon lui, le travail n'est pas seulement un système technique ou un milieu où les individus doivent mettre à profit leurs compétences. Mais, c'est aussi,

une organisation dite « sociale ». La QVT désigne « un mode de vie mettant en valeur l'être humain plutôt que l'objet » (Brunault et al., 2012, p. 49).

Plusieurs définitions de la QVT sont présentes dans la littérature. Néanmoins, toutes reconnaissent trois points caractérisant ce concept : s'est un construit subjectif et multidimensionnelle (Sutter, 2019), au vue de ses aspects sociaux, organisationnels et individuels, le travail est une part intégrante dans la vie d'un individu et il influence sur les autres domaines de vie (Brunault et al., 2012). Sutter (2019), ajoute un élément composant la QVT: sa complexité, en vue des définitions instables qui dépendent du contexte organisationnel. De plus, la QVT n'est pas une caractéristique au sens propre, c'est un ensemble de thématiques (motivation, satisfaction au travail, engagement au travail, le climat organisationnel, le stress, etc). C'est au chercheur d'évaluer sa définition de la QVT, suivant ses questions de recherche, ses paradigmes scientifiques et ses variables étudiées. Lors de ses recherches visant à identifier les prédicteurs de la QVT des infirmières, Vagharseyyedin et al. (2011), ont relevé que certains auteurs considéraient la QVT comme un « résultat » et d'autre comme un « processus ».

## **1.2.2 Les facteurs influençant la QVT**

### **1.2.2.1 Caractéristiques environnementales**

Colombat (2016), ressort cinq types de facteurs environnementaux pouvant influencer la QVT :

- Les facteurs liés au *type de travail*, c'est à dire, le type de métier, les horaires, les responsabilités du poste, les conflits entre valeurs personnelles et celle de l'organisation, etc. Fillion et al. (2011) ont comparés le stress selon le type d'unité de soins en centre hospitalier. Il en ressort, que le stress des infirmières oeuvrant en soins critiques et en oncologie est plus élevé, que celui des infirmières exerçant sur une unité spécialisée en soins palliatifs.
- La *charge de travail*: peur de ne pas pouvoir faire son travail correctement et de façon satisfaisante, ce qui aboutit à du stress et de l'anxiété, et parfois, même à de la frustration.

Dans les EHPAD, la charge de travail est conséquente, ne laissant pas le temps pour les soignants de passer plus de moments avec les résidents, autre que les moments de soins.

- *L'organisation de travail*: mauvaise définition des rôles de chacun, mauvaise gestion du planning, le manque d'information et de développement des compétences (Wils et al., 1998), un système de reconnaissance absent, etc.
- *Les relations interpersonnelles* au sein de l'équipe : l'existence d'une bonne relation entre collègue est un prédicteur important de la QVT (Brunault, 2012 ; Vagharseyyedin et al., 2011)
- *Le management*: les styles de communication et la communication managériale peuvent affecter la QVT des soignants (Vagharseyyedin et al., 2011). Les organisations de soins de santé avec des styles de leadership directif et persuasif provoquent des environnements de travail malsains et de surcroît une QVT faible. « Le management doit favoriser la reconnaissance de l'individu, l'autonomie au sein du travail (facteur essentiel), la communication et la collaboration au sein de l'équipe, ce qui sous-entend la création d'espaces d'échanges et d'une démarche projet. » (Colombat, 2016, p. 74-75). De plus, une étude sur la satisfaction au travail sur plus de 500 infirmières a révélé, que le type de management améliore la satisfaction au travail, et plus particulièrement, la relation entre infirmière et médecin, l'autonomie des infirmières et la participation aux décisions (Cummings et al., 2008).

### **1.2.2.2 Caractéristiques individuelles**

La perception de la qualité de vie au travail peut différer selon l'âge, le sexe ou le statut marital. Selon Colombat (2016), il y aurait deux types de facteurs individuels : liés au sujet lui-même, c'est-à-dire, que la qualité de vie au travail d'un individu sera influencée suivant la personnalité de ce dernier, de ses antécédents psychologiques et/ou ses opinions. Et, liés à son histoire de vie, c'est-à-dire, si l'individu a des difficultés financières, des conflits dans sa vie personnelle, deuil récent, etc). Cette histoire de vie peut ou non être en rapport avec la vie professionnelle.

Vagharseyyedin et al. (2011), a démontré que le statut marital et les caractéristiques démographiques, telles que l'âge, le niveau d'études et les années d'expérience en soins infirmiers, peuvent avoir un impact sur la perception de la QVT. Ils ont également émis l'idée que la culture peut jouer un rôle sur la QVT. Des stratégies d'ajustement, comme le coping, peuvent également être des déterminants de la QVT. D'après Pronost et al. (2008), la QVT des soignants est supérieure

à la moyenne quand ils utilisent des stratégies de coping centrées sur le soutien social et les résolutions de problème, quand ils doivent faire face à des situations stressantes. Brunault et al. (2012), rajouteront une ressource personnelle, la hardiesse. C'est un concept qui inclut le sens de l'engagement, le sens du défi et le sens de la maîtrise. Quand nous améliorons cette ressource, nous améliorons de surcroît la QVT, précédant une diminution du stress perçu. Ceci a été démontré par Delmas et al. (2004), à partir d'une étude qui avait pour but de tester un programme de renforcement de la hardiesse des infirmières françaises.

Une mauvaise QVT peut avoir un impact important sur le travail d'un individu. Dans une étude, cherchant à analyser la qualité de vie au travail des médecins belges travaillant avec des personnes atteintes d'un cancer, il a été démontré qu'une faible QVT prédisait un niveau élevé d'épuisement émotionnel et de stress au travail (Bragard et al., 2012). Dupuis et al. (2019), présentent des résultats similaires, d'une faible QVT, associée à de l'épuisement émotionnel, le désengagement, ainsi que l'anxiété, la dépression et l'agressivité.

### **1.3 Le Bien-Être Psychologique au Travail (BEPT)**

Le Bien Être est associé à la notion de « santé », définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (HAS-Santé). Selon INRS, (Institut Nationale de Recherche et de Sécurité), ce concept va au-delà des notions de santé physique et mentale. Il fait référence à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement. Néanmoins, une distinction entre le bien-être général (BEG) et le bien-être psychologique au travail est indispensable. En effet, le BEG renvoie à de multiples sources de satisfaction dans différents domaines de la vie courante (la famille, les amis, les loisirs, etc). Le travail fait partie de ces sources. Nous n'évaluerons pas le BEPT, de la même manière que le BEG. Une approche bien-être au travail vise à renforcer l'efficacité et la performance des salariés. Elle l'améliore de surcroît l'ambiance au travail et consolide un climat de respect et d'écoute. Le BEG est une dimension, mais ne traduit pas ce que l'on voit dans le monde du travail. Par contre, le BEPT est un construit idoine, et distinct du concept de BEG.

Sutter (2019), présente dans son livre, une distinction entre le bien être global, et le fait de se sentir bien. Pour lui, le ressenti n'est seulement qu'une composante du bien être global. Les anglo-saxons ont deux mots distincts pour les différencier: weelness: se sentir bien et well-being: être bien. Ainsi,

le bien être se décompose en deux grandes dimensions : le bien-être eudémonisme et le bien-être hédonique.

### **1.3.1 Bien-être eudémonisme – Bien-être *pensé***

Selon la dimension eudémonisme, provenant du grec eudaïmon qui signifie « bonheur », le bien-être est étudié en termes de sens et de réalisation de soi. (Dose et al., 2019). Nous faisons des choses qui sont en lien avec nos intérêts et nos valeurs. C'est ce qui concerne le processus de construction du bien-être, le sentiment d'accomplissement et le bonheur lui-même. Cette approche renvoie au travail pensé (Sutter, 2019) en tant qu'idéal. C'est la visée existentielle avec laquelle il envisage de s'y réaliser.

### **1.3.2 Bien-être hédonique – Bien-être *ressenti***

L'approche hédonique, du grec hédonè, qui signifie «jouissance» ou «plaisir», consiste à ressentir du plaisir pour un individu, lors d'une activité. Nous sommes dans une quête existentielle de l'être humain, qui consiste à rechercher le plaisir et éviter le déplaisir (Dose, 2021 ; Sutter, 2019). Cette approche, est en lien avec le bien être subjectif, qui comporte une composante cognitive d'un côté, et une composante affective de l'autre (Desrumaux et al., 2019 ; Diener, 1994 ;Grosjean, 2004 ; Rolland, 2000 ; Sutter, 2019). L'évaluation affective renvoie aux réactions émotionnelles qui laissent une empreinte chez l'individu. L'évaluation cognitive, renvoie au jugement que l'individu porte sur sa vie. Cette dimension consiste à évaluer de manière subjective des situations concrètes du travail, en se basant sur des expériences et des stimuli reçus au quotidien.

Selon Sutter (2019), le bien-être au travail ne doit pas se focaliser uniquement sur la dimension hédonique, qui vise à accroître seulement la satisfaction matérielle et plaisir, comme, la rémunération, les avantages, etc). Il faut chercher à stimuler également l'approche eudémonique, en favorisant des idéaux professionnels, comme le sentiment d'efficacité, la réalisation de soi, travailler en équipe, pour couper l'individualisme, etc). Cependant, être dans la recherche d'un idéal n'est pas sain non plus et amène à de la frustration surtout dans le domaine de la santé et des soins palliatifs.

### **1.3.3 Les déterminants du BEPT**

L'étude de Dose et al. (2019) a démontré que la satisfaction des besoins jouerait un rôle primordial dans l'émergence du bien-être psychologique au travail, facilitant les effets du soutien organisationnel et des échanges leader-membres ainsi que du sentiment d'auto-efficacité et de la

satisfaction de carrière. De plus, les analyses de médiations de cette recherche ayant pour but d'étudier les liens entre le soutien organisationnel perçu, la qualité des échanges leader-membre, et le sentiment d'efficacité général avec le bien-être psychologique au travail (BEPT) dans les secteurs médical et paramédical, montrent que la satisfaction des besoins psychologiques a un effet médiateur dans les relations entre les inducteurs et le bien-être psychologique au travail. Ils ajouteront que la qualité des échanges leader-membre (LMX) et le sentiment d'efficacité général, favorisent le BEPT. Le style de leadership a également un impact sur le bien-être. En effet, Nelson et al. (2014), indiquent dans leur recherche, qu'un leadership « authentique » a un impact sur le climat de travail de façon positive, augmentant de surcroît le niveau du BEPT. Un leadership authentique suit les valeurs humanistes et prend en considération les soins des patients (Nelson et al., 2014)

L'étude exploratoire de Machado et al. (2016), visant à identifier les indicateurs de bien-être auprès d'infirmier.e.s et d'aides-soignant.e.s, avait également fait ressortir certains facteurs du bien-être. Comme Dose et al. (2019), ils stipulent une corrélation positive entre les trois besoins fondamentaux (besoin d'affiliation, besoin d'autonomie et de compétence) et le score global du bien-être. De plus, ils démontrent que le support social est corrélé au bien-être du personnel soignant, c'est-à-dire, le soutien des collègues et des supérieurs.

## **1.4 Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX)**

### **1.4.1 Définitions du LMX**

La théorie du LMX se focalise sur la conception d'une relation d'échange entre le manager et son employé, formant une dyade. C'est une approche relationnelle du leadership qui évalue la relation entre les subordonnés et leurs supérieurs (Terpstra-Tong et al., 2020). Scandura et Graen (1986) définissent le LMX comme « un système de “constituants”, ainsi que les relations entretenues entre les deux membres d'une dyade générant certains types de comportements interdépendants et partageant des résultats mutuels, favorisant une certaine conception de l'environnement, des valeurs et des cartes de “causalité » (p. 580). Au sein de cette dyade, une attente de rôle se développe, avec au bout, des gratifications. Chaque partie apporte des ressources différentes, en vue des différents types de comportements indépendants qui émergent. Certaines études ont démontré que les

superviseurs formaient des relations différentes avec leurs subordonnées. Cela dépendra des comportements de chacune et de la confiance mutuelle (Liden & Maslyn, 1998). Ce qui va définir la qualité et la maturité de la relation LMX, c'est la négociation des rôles qui se fait en permanence (Saint-Michel & Wielhorski, 2011). Pour que cette relation puisse se réaliser et être de qualité, il faut un haut niveau d'échanges d'informations, un niveau de confiance, de respect et de la réciprocité (Terpstra-Tong et al., 2020) et d'affection élevée, un soutien important et de nombreuses récompenses (Bauer & Green, 1996). L'affect ou l'appréciation sont également corrélés au LMX (Wayne et Ferris, 1990). Les comportements de travail souhaités sont associés à la nature de la relation avec l'employeur.

#### **1.4.2 L'influence d'une relation d'échange leader-membre**

Si cet échange est de bonne qualité, il apporte une influence positive sur certaines dimensions du travail. Notamment, le bien-être au travail. Le LMX favorise le bien-être via un effet indirect entre le sentiment d'efficacité perçue et le bien-être psychologique (Dose et al., 2021). Gunnarsdotir et al. (2009), ont montré dans leur enquête transversale, visant à étudier les aspects environnementaux du travail sur les résultats professionnels et les évaluations de qualité des soins, que la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la qualité des soins évaluée par les infirmières, étaient influencés par le soutien perçue de la hiérarchie et par la qualité des relations entre infirmières et médecins. Un meilleur échange entre les professionnels pourrait améliorer la satisfaction au travail et de surcroît la qualité des soins.

Dans leur étude visant à déterminer si les relations d'échanges entre les employés, l'organisation et les employeurs expliquent les comportements des employés, Settoon et al. (1996), ont démontré que l'échange leader-membre, a une association positive avec deux comportements : le comportement de *citoyenneté*, c'est à dire, un comportement axé sur l'aide et centré vers les autres, et le comportement *dans le rôle*, c'est à dire, des comportements prescrits, le but étant de respecter, de dépasser les objectifs de production liés au poste occupé par l'employé (Campoy & Neveu, 2006). « Plus les relations ou les échanges entre les superviseurs et les subordonnés sont basés sur la confiance et la loyauté mutuelles, l'affect interpersonnel et le respect les uns des autres, meilleure est la performance du subordonné en termes de comportements attendus et « supplémentaires » ou de citoyenneté » (Settoon et al., 1996, p. 224).

Le travail en équipe est une résultante de cet échange. Estryng-Behar et al. (2012), ont cherché à savoir si l'organisation du travail interdisciplinaire adoptée par les équipes de soins palliatifs protégeait du burnout. Ils confirment l'importance du travail d'équipe et de l'impact positif chez les



médecins et les infirmier.e.s de soins palliatifs où l'apparition du burnout est moins fréquente. Les auteurs révèlent également, que les médecins d'onco-hématologie et les médecins de gériatrie sont plus de la moitié à être insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail. De ce fait, les professionnels ne peuvent pas aborder en détail les questions psychologiques, éthiques et d'organisation. Ce qui, par conséquent, double la survenue du burnout chez ces professionnels. Fillion et al. (2013) font ressortir dans leur recherche que le manque de ressources humaines a un impact sur la satisfaction au travail et sur la détresse émotionnelle. Dans le contexte de la fin de vie, leur modèle renforce l'importance de favoriser la collaboration interprofessionnelle et l'accès à une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins palliatifs.

Mayfield et Mayfield (2006), se sont intéressés aux impacts du style de communication des superviseurs sur leurs employés, en termes de satisfaction au travail et de performance. Il en est ressorti, que le salarié apporte une meilleure contribution au travail lorsque le manager utilise un langage managérial bien-traitant (langage empathique et motivationnel). En 2009, ces mêmes auteurs montrent que le modèle de communication et de comportement du leader procurant le plus de résultats en termes, d'efficacité au travail, est celui où le comportement du manager médiatise la relation entre la communication du manager, la performance et la satisfaction au travail des employés. Weppe (2019), déclare dans son mémoire, que ces langages sont utilisés pour valoriser les subordonnés sur leurs capacités, en tant qu'être humain et non pas comme un atout organisationnel.

Les pratiques de leadership jouent également un rôle dans la satisfaction au travail. Lavoie-Tremblay et al. (2015), stipulent que un leadership « transformationnel », c'est-à-dire, un leader pouvant étendre et élever les intérêts du personnel, et faciliter l'engagement (Weberg, 2010), mènent potentiellement à des soins de qualités et à de faibles intentions de quitter l'établissement. A l'inverse, un leadership avec des pratiques « abusif », conduit à des soins de moins bonne qualité et à une forte intention de quitter l'établissement. Ces résultats ont été démontrés par 541 infirmières du Québec. Nous pouvons supposer, qu'un meilleur échange entre les soignants avec leurs managers, favorise la satisfaction au travail et de ce fait, les performances. Améliorant par conséquent, l'accompagnement des personnes en fin de vie.

## **1.5 La charge de travail**

La charge de travail peut varier en fonction du contexte de travail, des moyens à disposition, de la coopération, etc. Le milieu de la santé est réputé pour être un contexte difficile, demandant aux soignants de fournir des efforts conséquents. C'est un facteur de risque important, en vue de l'impact négatif qu'il peut avoir sur la santé physique, mais également sur la santé psychologique.

### 1.5.1 Définitions

Selon l'Institut Nationale de Santé Publique du Québec, la charge de travail est définie comme « un concept complexe à définir et va au-delà de la quantité de travail prescrite par l'employeur. Elle comporte une dimension subjective : la charge de travail ressentie est aussi importante que la charge de travail demandée. Elle doit être abordée de façon globale en tenant compte de la complexité du travail réel, des demandes formelles et informelles qui sont faites aux travailleurs, des ressources et des outils mis à la disposition de chacun pour réaliser le travail, du temps disponible et des imprévus que l'on ne peut pas toujours prévoir et qui ont un impact sur la charge de travail. » (p. 1). La dimension subjective de cette définition, fait référence à trois éléments, proposé par l'Anact (2020, 2016), pour réguler la charge de travail:

- *La charge prescrite* : c'est le système de contrainte qui s'impose au salarié, autrement dit, tout ce qui est demandé de faire, que ce soit sur le plan qualitatif ou quantitatif. Par exemple : les objectifs à atteindre, les outils et les moyens mis à disposition, les prescriptions, etc. Pour un.e aide soignant.e, se sera de réaliser une toilette en X temps.
- *La charge réelle* : correspond à ce qui est réellement réalisé. Elle concerne l'ensemble des régulations effectuées pour atteindre l'objectif. En effet, il peut y avoir des aléas, du travail non prévu, des ajustements, de l'entraide entre collègues pour aller plus vite, etc. Un.e aide soignant.e devant réaliser une toilette en 15 minutes, mais un patient est tombé de son lit, elle va stopper sa toilette pour relever la personne. Sa tâche au final lui aura pris 30 minutes.
- *La charge vécue* : C'est le ressenti du salarié sur sa propre situation. C'est la représentation que chacun se fait de sa charge de travail. Nous sommes dans une dimension plus subjective. En effet, selon les caractéristiques individuelles ou organisationnelles, la charge sera vue différemment. Un.e soignant.e ayant plus de trente ans d'expérience, aura sûrement plus de mal à garder rythme dynamique tout au long d'une journée.

Néanmoins, quand on parle de charge de travail, cela ne veut pas forcément dire qu'on parle de « surcharge ». Selon l'Anact (2020), une charge de travail n'est pas toujours mal vécue. C'est lorsqu'elle dure et qu'elle n'est pas discutée qu'elle pose problème.

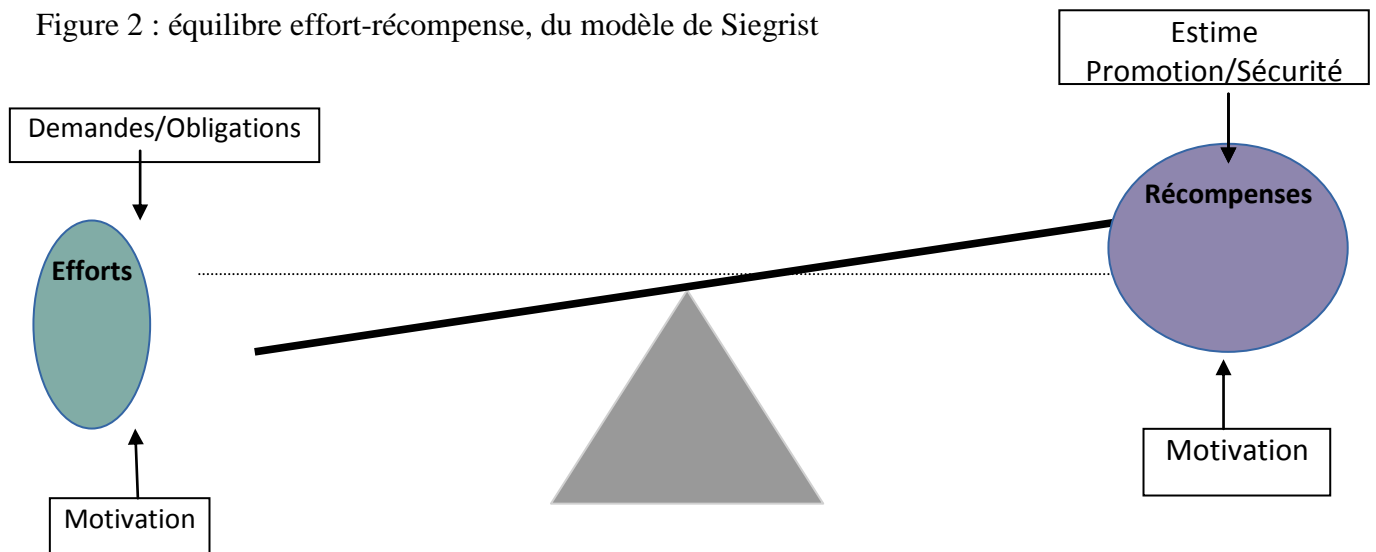
## 1.5.2 Les risques individuels

La charge au travail est un facteur de risque important pour la santé. Elle entraîne l'apparition des risques psychosociaux, de par sa quantité, sa complexité et ses contraintes temporelles (Vézina, 2006) et de l'épuisement professionnel (Yürür & Sarikaya, 2012). Le Ray-Landrein et al. (2016), ont mené une étude auprès de 129 soignants travaillant dans une unité de soins palliatifs. Cette étude avait pour objectif de quantifier le syndrome d'épuisement professionnel, selon trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Leur recherche a démontré que 32,5 % des soignants souffrent de burn-out avec au moins une des trois dimensions touchées. Lissandre et al. (2008), avaient trouvé le même type de pourcentage dans leur étude évaluant la fréquence, le profil et les causes, de l'épuisement professionnel. 39 % des 236 soignants, travaillant dans des services de cancérologie, présentaient un niveau de burn-out élevé.

Être soignant c'est surtout une vocation, il faut aimer l'humain pour pratiquer et avoir une personnalité d'aidante. La notion de vocation des soignants a souvent justifié les conditions de travail dégradées. Cependant, même si on aime son travail et les valeurs qui l'accompagnent, il peut arriver un moment que les efforts fournis par les agents ne suivent pas. Ce blocage peut être dû à un manque de récompenses, qu'elles soient matérielles ou psychologiques. Selon le modèle sur l'équilibre effort-récompense de Siegrist, repris par Chapelle (2018), les efforts fournis par un agent dans le cadre de son travail, font partie d'une certaine réciprocité où le salarié reçoit une récompense, sous forme de salaire, de reconnaissance, d'estime, de sécurité à l'emploi, etc. Cependant, il y a parfois un déséquilibre entre les efforts fournis et la récompense obtenue qui peut être à l'origine des conséquences tant psychologiques que somatiques (Chapelle, 2018). Ce modèle prend en considération trois dimensions (Chapelle, 2016 ; Vézina, 2006) :

- *Les efforts extrinsèques* : L'effort pour répondre aux contraintes de temps, de l'augmentation de la charge de travail, aux responsabilités, à l'obligation de faire des heures supplémentaires
- *Les efforts intrinsèques* : aussi appelé « surinvestissement », qui traduit les motivations liées aux besoins de se dépasser, au besoin d'estime, de contrôle. C'est l'incapacité à prendre ses distances par rapport aux obligations de travail
- *La récompense* : qu'elle soit sous forme de salaire, de perspective de carrière ou de sécurité au travail.

Figure 2 : équilibre effort-récompense, du modèle de Siegrist



## 2. Problématique de la recherche

La problématique principale de cette recherche est la suivante :

- *Est-ce que la qualité de vie au travail des aides soignant.e.s peut impacter l'accompagnement à la fin de vie ?*

Le but cette problématique, est de faire ressortir les freins et les leviers à l'accompagnement en fin de vie. Plus précisément, nous pouvons également nous demander :

- *Quel peuvent être les facteurs d'une fin de vie digne, vis à vis de la qualité de vie au travail des soignants ?*
- *La qualité de vie au travail peut-elle être un déterminant positif ou négatif pour l'accompagnement des personnes en fin de vie ?*

En reprenant nos variables, qui composent la qualité de vie au travail nous pouvons nous demander si :

- *Le bien être psychologique au travail joue-t-il un rôle dans l'accompagnement ?*
- *Avoir une bonne cohésion d'équipe et un bon échange avec ces managers, peut avoir effet sur l'accompagnement des personnes en fin de vie ?*
- *La charge de travail entraine-t-elle une qualité des soins pauvre sur les personnes en fin de vie ?*

### **Hypothèses**

A partir de nos problématiques et de nos recherches littéraires, nous pouvons poser nos hypothèses.

- **Hypothèse 1** : Nous supposons que le bien-être psychologique au travail a un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Hypothèse 1a : Nous nous attendons à ce que les participants évoquent, la dimension de reconnaissance et de soutien, comme facteurs de bien-être au travail.

Hypothèse 1b : Le bien-être des patients est un facteur déterminant pour le bien-être des soignants.

Hypothèse 1c : Nous supposons que les professionnels évoquent le fait de prescrire des soins de meilleure qualité quand ils sont satisfaits dans leur travail.

- **Hypothèse 2** : Nous supposons que le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique a un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Hypothèse 2a : Une bonne communication avec son cadre permet d'être satisfait au travail et de ce fait administrer un accompagnement de qualité

Hypothèse 2b : Une bonne entente avec ces collègues permet une meilleure organisation et de surcroît une meilleure qualité des soins

Hypothèse 2c : Nous nous attendons à ce que la relation avec le top management de l'établissement ne soit pas de bonne qualité.

- **Hypothèse 3**: La charge de travail peut impacter l'accompagnement des patients en fin de vie

Hypothèse 3a : Nous supposons que les aides soignant.e.s ne puissent pas prodiguer les soins nécessaires par manque de temps.

- **Hypothèse 4:** La qualité de vie au travail à un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie

### **3. Méthodologie de la recherche**

#### **3.1 But de la recherche**

L'objectif principal de notre étude était de connaître l'impact de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, et plus précisément, des aides soignant.e.s (AS), sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. La tâche étant de réaliser des entretiens semi-directifs afin de recueillir des données sur la qualité de vie au travail à travers diverses variables qui vont du bien-être au travail, jusqu'au connaissances juridiques, passant par le soutien organisationnel, l'échange leader-membre (LMX), la charge de travail, la gestion des émotions, etc. Ces données seront analysées à partir d'une analyse qualitative, autrement dit, une analyse de contenu de nos entretiens. Cette évaluation nous permettra d'identifier les freins et les leviers à un accompagnement de qualité des personnes en fin de vie.

#### **3.2 Présentation de la procédure de la recherche**

##### **3.2.1 Le recrutement des participants**

Un courrier a été adressé au préalable à divers établissements de santé pour informer de la présente étude (Annexe 2). En effet, dans certains organismes des accords de la direction doivent être adjugés pour pouvoir réaliser des interviews dans les établissements. Ce courrier à été envoyé en début d'année 2020 dans certains établissements par des membres du projet. Ensuite, la recherche de participants a débuté en Novembre 2020. Il a été très compliqué d'avoir des réponses positives en cette période, en vue de la situation sanitaire. En effet, en Octobre 2020, un deuxième confinement liée à la pandémie du Covid-19 a été mis en place, et le nombre de malades a évolué,

augmentant de surcroît la surcharge de travail des professionnels de santé, n'ayant pas la motivation et le temps pour participer à notre étude. Les recherches de candidat ont pu reprendre en début d'année 2021.

Ensuite, le recrutement s'est réalisé de différentes façons :

- Par l'envoi d'un courrier électronique, stipulant l'objet de l'étude, sans rentrer dans les détails pour éviter certains biais, de la durée de l'entretien, l'anonymat et la différente façon de réaliser l'entretien : sur le lieu de travail, sur un terrain neutre ou à distance.

Nous avons très peu de réponses. La plupart de nos sujets n'ont pas été recrutés à partir de cette méthode.

- Les recommandations par des proches connaissant des professionnels. Et suite à ça des professionnels appuyant notre recherche auprès de leurs collègues pour participer.
- Directement sur lieu de stage. Effectivement, ayant personnellement réalisé un stage dans le domaine de la santé, j'ai pu m'entretenir avec des agents faisant parti de l'établissement. Cependant, cette manière de recrutement peut comporter quelques biais, que nous verrons à posteriori dans la partie « Limites »
- Par appel téléphonique, contactant directement les établissements afin d'avoir des contacts potentiellement intéressés par cette recherche.

### **3.2.2 Le déroulement des entretiens**

Les entretiens ont eu lieu majoritairement sur le lieu de travail des aides soignant.e.s, soit en service hospitalier, soit en EHPAD. Le déroulement de ces derniers, se sont fait dans la plus part des cas, dans une pièce isolée, au calme, choisi par le professionnel, ayant demandé l'autorisation à un.e responsable. Personnellement, sur mon lieu de stage, j'avais un bureau attitré, où les entretiens pouvaient être réalisés. Les entretiens se faisaient de façon anonyme, c'est-à-dire, que personne d'autre que l'intervieweur et l'interviewer n'en faisait partie. En moyenne la durée des entretiens était de vingt sept minutes, allant entre dix minutes à plus d'une heure d'entretien.

L'entretien commence par une présentation de l'intervieweur et du sujet, puis un échange sur la méthodologie de l'entretien c'est-à-dire, la durée moyenne, les types de questions, etc. Puis, nous présentons l'objet de l'étude au candidat. Avant de commencer, nous demandons à la personne si elle accepte d'être enregistrée par un dictaphone. Si elle accepte, nous commençons l'enregistrement de l'entretien et demandons de répéter la confirmation d'être enregistrer afin

d'avoir une preuve de son consentement. Enfin, nous rappelons les caractères anonymes , confidentiels et volontaires de l'entretien, de sorte que l'individu puisse se retirer à tout moment de l'échange si il le souhaite.

Nous pouvons commencer l'entretien, en posant dans l'ordre les questions de la grille d'entretien réalisé par Fantoni, Saison, Desrumaux et Dose (2019) (annexe 1). Nous commençons par la thématique du bien-être au travail comprenant quatre questions, puis, la détresse au travail, avec une question, le soutien organisationnel, avec trois questions, l'ambiance et le climat au travail, comprenant quatre questions, les ressources personnelles, ayant deux questions, la charge de travail, avec trois questions, les formations, avec deux questions, la gestion des émotions, avec huit questions et enfin, nous terminons l'entretien avec la thématique «connaissance du cadre juridique et des modalités de sa mise en œuvre », comprenant sept questions. Nous clôturons cet entretien en demandant si la personne a quelque chose à rajouter concernant son travail et/ou l'entretien. Puis, nous remercions et nous faisons remplir les questions socio-démographiques.

### **3.3 L'échantillon de l'étude**

#### **3.3.1 Choix de l'échantillon**

L'objectif principal de notre étude était de connaître l'impact de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, et plus précisément, des aides soignant.e.s (AS), sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. La tâche étant de réaliser des entretiens semi-directifs afin de recueillir des données sur la qualité de vie au travail à travers diverses variables qui vont du bien-être au travail, jusqu'au connaissances juridiques, passant par le soutien organisationnel, l'échange leader-membre (LMX), la charge de travail, la gestions des émotions, etc. Ces données seront analysées à partir d'une analyse qualitative, c'est à dire, une analyse de contenu de nos entretiens. Cette évaluation nous permettra d'identifier les freins et les leviers à un accompagnement de qualité des personnes en fin de vie.

### **3.4 Présentation de la procédure de la recherche**

#### **3.4.1 Le recrutement des participants**

Un courrier a été adressé au préalable à divers établissements de santé pour informer de la présente étude (Annexe 2). En effet, dans certains organismes des accords de la direction doivent être adjugés pour pouvoir réaliser des interviews dans les établissements. Ce courrier a été envoyé en début d'année 2020 dans certains établissements par des membres du projet. Ensuite, la recherche de participants a débuté en Novembre 2020. Il a été très compliqué d'avoir des réponses



positives en cette période, en vue de la situation sanitaire. En effet, en Octobre 2020, un deuxième confinement lié à la pandémie du Covid-19 a été mis en place, et le nombre de malades a évolué, augmentant de surcroît la surcharge de travail des professionnels de santé, n'ayant pas la motivation et le temps pour participer à notre étude. Les recherches le candidat ont pu reprendre en début d'année 2021.

Ensuite, le recrutement s'est réalisé de différentes façons :

- Par l'envoi d'un courriel électronique, stipulant l'objet de l'étude, sans rentrer dans les détails pour éviter certains biais, de la durée de l'entretien, l'anonymat et les différentes façons de réaliser l'entretien : sur le lieu de travail, sur un terrain neutre ou à distance.

Nous avons très peu de réponses. La plus part de nos sujets n'ont pas été recrutés à partir de cette méthode.

- Les recommandations par des proches connaissant des professionnels. Et suite à ça des professionnels appuyant notre recherche auprès de leurs collègues pour participer.
- Directement sur lieu de stage. Effectivement, ayant personnellement réalisé un stage dans le domaine de la santé, j'ai pu m'entretenir avec des agents faisant parti de l'établissement. Cependant, cette manière de recrutement peut comporter quelques biais, que nous verrons à posteriori dans la partie « Limites »
- Par appel téléphonique, contactant directement les établissements afin d'avoir des contacts potentiellement intéressés par cette recherche.

### **3.4.2 Le déroulement des entretiens**

Les entretiens ont eu lieu majoritairement sur le lieu de travail des aides soignant.e.s, soit en service hospitalier, soit en EHPAD. Le déroulement de ces derniers, se sont fait dans la plus part des cas, dans une pièce isolée, au calme, choisi par le professionnel, ayant demandé l'autorisation à un.e responsable. Personnellement, sur mon lieu de stage, j'avais un bureau attitré, où les entretiens pouvaient être réalisés. Les entretiens se faisaient de façon anonyme, c'est-à-dire, que personne d'autre que l'intervieweur et l'interviewer en faisait partie. En moyenne la durée des entretiens était de vingt sept minutes, allant entre dix minutes à plus d'une heure d'entretien.

L'entretien commence par une présentation de l'intervieweur et du sujet, puis un échange sur la méthodologie de l'entretien c'est à dire, la durée moyenne, les types de questions, etc. Puis, nous présentons le sujet de l'étude au candidat. Avant de commencer, nous demandons à la personne si

elle accepte d'être enregistré par un dictaphone. Si elle accepte, nous commençons l'enregistrement de l'entretien et demandons de répéter la confirmation d'être enregistré afin d'avoir une preuve de son consentement. Enfin, nous rappelons le caractère anonyme, confidentiel et volontaire de l'entretien, de sorte que l'individu puisse se retirer à tout moment de l'échange si il le souhaite.

Nous pouvons commencer l'entretien, en posant dans l'ordre les questions de la grille (annexe 1). Nous commençons par la thématique bien-être psychologique au travail comprenant quatre questions, puis, la détresse au travail, avec une question, le soutien organisationnel, avec trois questions, l'ambiance et le climat au travail, comprenant quatre questions, les ressources personnelles, ayant deux questions, la charge de travail, avec trois questions, les formations, avec deux questions, la gestion des émotions, avec huit questions et enfin, nous terminons l'entretien avec la thématique «connaissance du cadre juridique et des modalités de sa mise en œuvre», comprenant sept questions. Nous clôturons cet entretien en demandant si la personne a quelque chose à rajouter concernant son travail et/ou l'entretien. Puis, nous remercions et nous faisons remplir les questions socio-démographiques.

#### Tableau Récapitulatif

**Tableau 1:** *Caractéristiques des aides soignant.e.*

<b>Codage</b>	<b>Aides Soignant.e.s (AS)</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Lien d'exercice</b>
<b>AS-H-39-SH-REA</b>	<b>AS 1</b>	H	39	Service Hospitalier - Réanimation
<b>AS-F-26-SH-REA</b>	<b>AS 2</b>	F	26	Service Hospitalier - Réanimation
<b>AS-F-43-EHPAD-S</b>	<b>AS 3</b>	F	43	EHPAD – Unité de soins
<b>AS-F-50-SH-NEU</b>	<b>AS 4</b>	F	50	Service Hospitalier - Neurologie
<b>AS-F-56-SH-SP</b>	<b>AS 5</b>	F	56	Service Hospitalier – Soins Palliatifs
<b>AS-F-39-SH-REA</b>	<b>AS 6</b>	F	39	Service Hospitalier - Réanimation
<b>AS-F-52-EHPAD-SLD</b>	<b>AS 7</b>	F	52	EHPAD – Unité de soins longue durée
<b>AS-F-27-EHPAD-S</b>	<b>AS 8</b>	F	27	EHPAD – Unité de soins
<b>AS-F-57-EHPAD-S</b>	<b>AS 9</b>	F	57	EHPAD – Unité de soins
<b>AS-F-30-EHPAD-S</b>	<b>AS 10</b>	F	30	EHPAD – Unité de soins
<b>AS-F-22-EHPAD-</b>	<b>AS 11</b>	F	22	EHPAD – Unité Alzheimer

<b>AZM</b>				
<b>AS-F-43-SH</b>	<b>AS 12</b>	F	43	Service Hospitalier
<b>AS-F-38-EHPAD-AZM</b>	<b>AS 13</b>	F	38	EHPAD – Unité Alzheimer
<b>AS-F-27-EHPAD-AZM</b>	<b>AS 14</b>	F	27	EHPAD – Unité Alzheimer

### 3.5 Présentation du matériel de l'enquête

#### 3.5.1 Recueil des données

Comme nous l'avons évoqué précédemment, une grille d'entretien a été réalisée pour recueillir nos données. Il y a différents type d'entretiens (Borst & Cachia, 2018) :

- le *directif*, avec des questions prédéfinies posées par les chercheurs. Ces dernières attendent une réponse précise. Par exemple : « *Combien de lits en soins palliatifs avez-vous ?* »
- le *non directif*, qui a pour but de poser une question « générale », autrement dit, très ouverte où le sujet peut s'exprimer librement. Par exemple : « *Que pensez-vous de euthanasie?* ». C'est au chercheur de savoir relancer le sujet et de le pousser à plus argumenter et de donner d'autres idées
- le *semi directif*, où le chercheur prépare son entretien avec quelques questions ouvertes, afin de le structurer, tout en laissant la possibilité au participant de s'exprimer librement. Par exemple : « *Êtes-vous assez d'agents, pour le nombre patients présents dans le service ? Quel impact cela peut avoir sur votre charge de travail ?* »

Notre grille d'entretien de notre étude à été élaborée sous la forme semi-directive. C'était la plus adaptée, car il s'agissait d'analyser la perception des aides soignant.e.s sur leur qualité de vie au travail, selon certaines thématiques bien précises.

Trente-cinq questions ont été posées aux participants, c'est beaucoup pour un entretien semi-directif, mais certaines questions étaient fermées et d'autres plus ou moins ouvertes. Même si le sujet pouvait s'exprimer librement, certaines questions attendaient des réponses précises

**Tableau 2:** Les différents types de questions dans la grille d'entretienne Fantoni, Saison, Desrumaux et Dose (2019)

Items	Questions de la grille d'entretien	Types de
-------	------------------------------------	----------

		<b>questions</b>
1	Dans votre travail, qu'est-ce qui vous rend heureux/heureuse au travail ou qu'est-ce qui vous apporte du bien-être ?	Question ouverte
2	Quels sont pour vous les facteurs ou causes importants pour votre bien-être ?	Questions descriptives
3	Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à améliorer vos conditions de travail ?	
4	Selon vous, quels seraient vos besoins pour être satisfait au travail ?	
5	Vous sentez-vous en détresse au regard de votre travail ?	Question évaluative
6	Vous sentez-vous guidé / soutenu par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les collègues ?</li> <li>- Votre hiérarchie de proximité ?</li> <li>- Le top management de votre établissement ?</li> <li>- Autre ?</li> </ul>	Questions descriptives
7		
8		
8		
9	Comment jugez-vous l'ambiance qui règne dans votre lieu de travail (entre collègues, avec la hiérarchie)?	Questions évaluatives
10	Comment cela se passe-t-il au quotidien entre équipes et au sein des équipes médicales ?	Questions descriptives
11	Avez-vous de réunions régulières ?	Question fermée
12	Des mesures sont-elles prises au niveau des services pour vous accompagner et vous permettre de vous concerter ? Les estimez-vous efficaces ?	Question évaluative
13	Quelles sont les ressources, les valeurs qui vous paraissent importantes pour assurer l'accompagnement des patients?	Questions descriptives
14	Quelles sont vos ressources en tant que personne, pour votre métier (atouts, compétences, estime de soi, personnalité, gestion des émotions, croyances religieuses, etc.)	Questions descriptives
15	Comment percevez-vous votre charge de travail ?	Question évaluative
16	Qu'est-ce qui est plus lourd ? L'aspect physique, moral, émotionnel, ou les conflits dans vos missions, rôles ?	Question cognitive/descriptive
17	Comment prenez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie?	Question comportementales
18	Avez-vous reçu des formations, en précisant si cela a été une formation initiale et/ou continue ? Si oui, lesquelles ?	Questions descriptives
19	Si non, que vous manque-t-il pour mieux aborder les situations rencontrées ?	Question fermée
20	- Disposez-vous de formations à la gestion des émotions ?	Questions fermées
21	- Disposez-vous de formations aux risques psychosociaux (burnout,	

	addictions...)?	
22	-Avez-vous des réunions régulières pour évoquer les cas difficiles liés aux patients ?	
23	-Avez-vous la possibilité de rencontrer un psychologue en entretien individuel ?	
24	-Avez-vous des groupes de paroles ?	
25	-Avez-vous des ateliers sur la gestion des émotions animés par des psychologues ?	
26	-Avez-vous des possibilités de relaxation formelle pour le personnel ?	
27	-Avez-vous une possibilité cooptée par le service de vous retirer pour évacuer les émotions ? Autre ...	
28	Quelles dispositions ou notions juridiques connaissez-vous des soins palliatifs en établissement de santé ?	Questions descriptives
29	Connaissez-vous des textes de loi sur le consentement éclairé ? Qu'en pensez-vous ?	Question fermée Question ouverte
30	Connaissez-vous des textes juridiques sur la personne de confiance, son rôle ? Que pensez-vous de ces textes ?	Question fermée Question ouverte
31	Connaissez-vous les textes sur les directives anticipées? Qu'en pensez-vous ?	Question fermée Question ouverte
32	Que pensez-vous de l'obstination déraisonnable ?	Question ouverte
33	Que pensez-vous du droit à une fin de vie digne selon le code de santé publique ?	Question ouverte
34	Que pensez-vous des modalités de mise en œuvre de la sédation profonde et continue altérant la conscience et maintenue jusqu'au décès ?	Question ouverte

### 3.5.2 L'analyse qualitative

#### 3.5.2.1 Définitions

Apparu en 1920 dans les recherches de sciences humaines et sociales aux Etats Unis. L'analyse qualitative implique un contact personnel avec le participant, par le biais de méthodes spécifiques, comme l'entretien et l'observation des pratiques. Selon Paillé et Mucchielli (2008), « L'analyse

qualitative se présente comme un acte au travers lequel s’opère une lecture des traces laissées par un acteur ou un observateur relativement à un événement de la vie personnelle, sociale ou culturelle. » (p. 59).

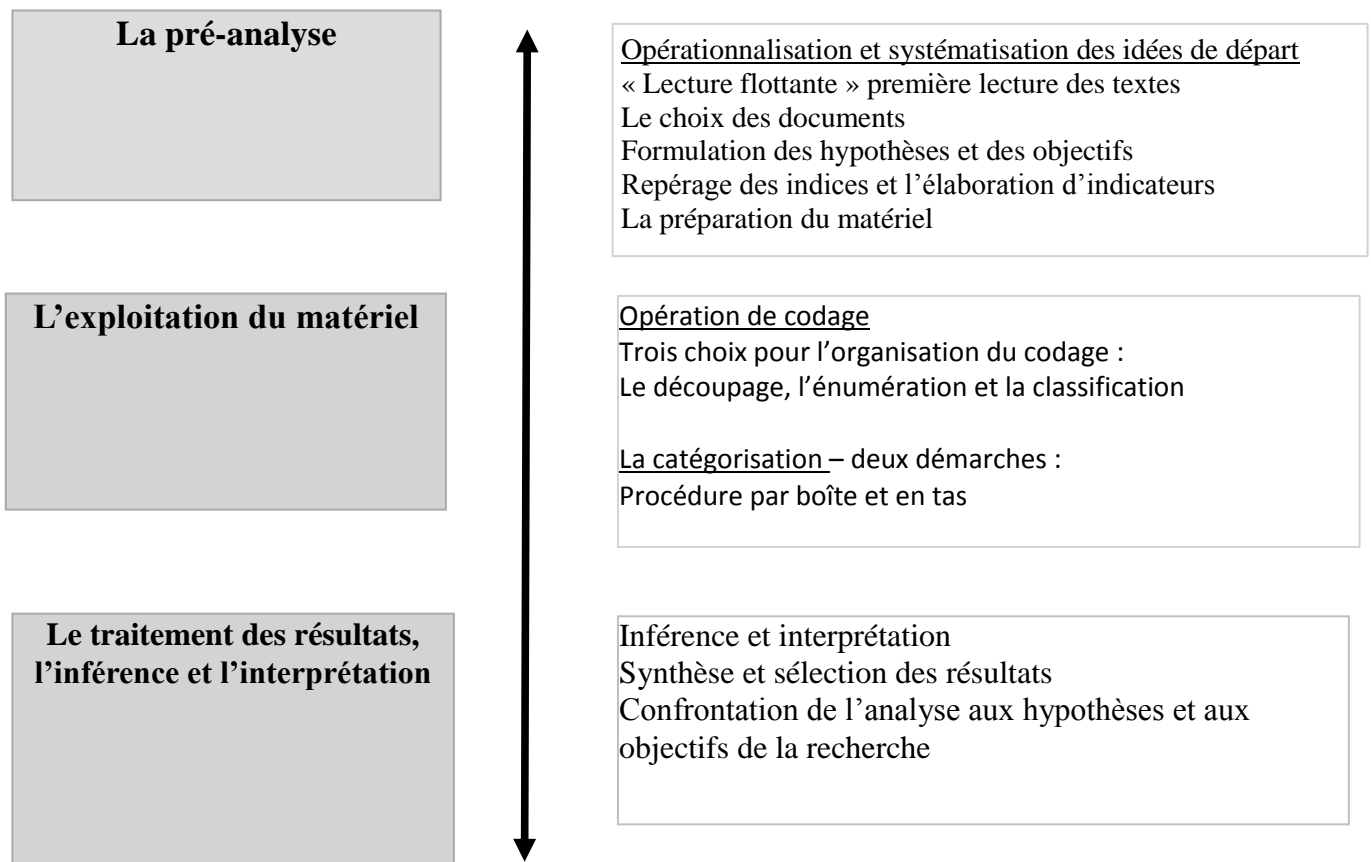
Contrairement à l’analyse quantitative, l’analyse qualitative va extraire *le sens* des données, au lieu de les transformer en statistiques. Elle met l’accent sur la compréhension et l’interprétation des données plutôt que la mesure des variables. « Elle est naturellement. C’est une manière normale, spontanée, naturelle, quasi instinctive d’approcher le monde, de l’interroger et de la comprendre » (Paillé, 2007).

L’analyse qualitative est également connue sous le nom « d’analyse de contenu », définie comme une technique de recherche en vue d’une description objective, systématique et si possible quantitative, du contenu des communications, avec un objectif final d’interprétation (Brunel, 2020).

### 3.5.2.2 Les étapes de l’analyse qualitative ou de contenu

Elle comporte différentes étapes, qui s’organisent autour de trois pôles chronologiques (cf. Figure 1) explicité par Bardin (2001 ; 2013). Cependant, elle ne se considère pas comme une étape linéaire où il faut passer systématiquement d’une étape à la suivante. C’est plutôt un processus récursif, impliquant des allers-retours (Dany, 2011)

**Figure 1 : Les étapes de l’analyse de contenu de Bardin (2001 ; 2013)**



### Définitions des étapes

- *Lecture flottante* : Première lecture permettant de s'appropriier les documents à analyser. Le but étant d'être le plus objectif possible et de ne pas insérer d'affects dans l'interprétation
- *Choix des documents* : C'est l'ensemble des documents qu'on va prendre en compte et soumettre aux procédures d'analyser
- *Le codage* : « Traiter le matériel, c'est le coder. Le codage correspond à une transformation, effectuée selon des règles précises, des données brutes du texte » (Bardin, 2001, p. 134). Cette transformation permet d'aboutir à une représentation du contenu
- *La catégorisation* : « opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis » (Bardin, 2001, p. 150). Elle emploie deux démarches : *la procédure par boîte* : On répartit de la meilleure façon les éléments au fur et à mesure de leur rencontre. Et la *procédure par tas* : on classe de façon analogique et progressive les éléments. Le titre de chaque catégorie n'est défini qu'à la fin de l'opération.

Cette technique d'analyse de contenu comporte différents types d'analyses : analyse de l'évaluation, de l'énonciation, des relations, du discours et l'analyse catégorielle comptant deux formes d'analyses : la *lexicale*, qui permet d'apporter une précision linguistique, en prenant en compte tous les mots, en faisant la distinction entre les mots pleins et les mots vides et effectuer une analyse sur une catégorie de mots : adjectifs, verbes, adverbes, etc. Le but étant d'établir des quotients. La deuxième analyse catégorielle est l'analyse *thématique*, la plus fréquemment utilisée. Nous examinerons notre corpus sur cette base.

### **3.5.3 L'analyse thématique**

Après avoir récolté nos données, nous devons retranscrire tous les entretiens, pour en faire un corpus, pour ensuite les analyser en faisant ressortir les thématiques les plus pertinentes. Un logiciel d'analyse qualitative, « Iramuteq », était prévu à cet effet. Cependant, pour que le logiciel fonctionne, il faut que la taille du corpus soit conséquente. Ce qui n'a pas été notre cas. En effet, ayant des questions peu ouvertes, les candidats rencontraient des difficultés pour argumenter, pour s'exprimer et parfois même, ils ne savaient pas répondre. De ce fait, une analyse thématique était la plus appropriée pour notre travail de recherche.

### 3.5.3.1 Définitions

Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération principale, nous allons traiter et analyser notre corpus en faisant appel à des « thèmes ». Berelson, ( cité dans Bardin, 2001; 2013) définit le thème comme : « une affirmation sur un sujet. Autrement dit, une phrase, ou une phrase composée, habituellement un résumé ou une phrase condensée, sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées » (p. 134). C'est la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu de l'analyse et en rapport avec l'orientation de la recherche (Colin, 2020). L'analyse thématique consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes, abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (Colin, 2020, p.236).

Le but, lors d'une analyse thématique, est de se demander, «Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos ? De quoi trait-t-on ? ». Elle consiste également « à repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Bardin, 2001, p. 137)

### 3.5.3.2 Les fonctions de l'analyse thématiques

Deux fonctions principales constitue l'analyse thématique :

- Une fonction de *repérage* : c'est le travail saisi de l'ensemble des thèmes d'un corpus. L'objectif est de relever tous les termes pertinents à notre recherche.
- Une fonction de *documentation* : c'est la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou des divergences entre les thèmes.

En soit, le but de l'analyse est de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène vont se construire dans un schéma (l'arbre thématique).

## 4. Les résultats

Le corpus d'entretien a été analysé selon l'analyse thématique, faisant ressortir les thèmes importants. Nous avons procédé dans un premier par un découpage thématique (analyse par question) et par regroupement significatif des thématiques, que nous schématisé par un « arbre thématique ».



## 4.1 Le Bien-être au psychologique au travail des aides-soignants

Question 1: *Dans votre travail, qu'est-ce qui vous rend heureux/heureuse au travail ou qu'est-ce qui vous apporte du bien-être ?*

Question 2: *Quels sont pour vous les facteurs ou causes importants pour votre bien-être ?*

Question 3: *Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à améliorer vos conditions de travail ?*

Question 4: *Selon vous, quels seraient vos besoins pour être satisfait au travail ?*

Ces questions ont pour but d'analyser le bien-être du soignant et de connaître les déterminants de ce bien-être. De plus, elles permettent de connaître la perception des professionnels sur leurs conditions de travail idéales et de rendre compte de certains manques, ayant un impact sur le bien-être. De base, notre analyse doit être effectuée par items. Cependant, beaucoup de réponses redondantes sont ressorties, nous avons donc regroupés les thèmes des quatre questions en deux grandes thématiques :

### 4.1.1 Éléments contribuant au bien-être du soignant

#### 4.1.1.1 Le travail avec le patient/résident

La plus part des soignants, expriment ce plaisir de travail avec les patients/résidents. C'est se rapport humain qui rend les soignants heureux. Le travail avec les autres est également un facteur important au bien-être

- *Qualité des soins*

Pour la plupart des agents, apporter des soins de qualité contribue à leur bien-être. Le fait de faire un travail bien et d'aider les personnes dans les meilleures conditions possibles est indispensable.

AS-H-39-SH-REA	AS 1	« <i>Ce qui me rend heureux c'est de soigné les gens convenablement</i> »
AS-F-30-EHPAD	AS 10	« <i>aider la personne dans de bonnes conditions</i> »
AS-F-56-SH-SP	AS 5	« <i>être bien traitant</i> »

- *Relations avec les patients/résidents*

Le contact humain est important pour les soignants. Avoir une relation de proximité avec la personne et savoir qu'on lui apporte du bien-être, se sentir utile.

AS-F-43-EHPAD-S	AS 3	«être entouré des résidents, de faire des activités avec eux »
AS-F-50-SH-NEU	AS 4	«Les patients, le travail autour d'eux, le côté humain »
AS-F-38-EHPAD-AZM	AS 13	« M'occuper des résidents »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	«Le sourire des résidents, la satisfaction qu'on a apporté quelque chose et être présent pour eux. Cela m'apporte du bien-être et je suis heureuse.»

#### 4.1.1.2 Le travail avec les professionnels

Une bonne entente avec ses collègues fait partie d'une thématique importante pour le bien-être. La communication sera meilleure et l'ambiance au travail plus agréable.

- *Relations professionnelles*

Pour les soignants, ce qui contribue à leur bien-être c'est l'entente avec leurs collègues, avoir une bonne cohésion d'équipe.

AS-F-39-SH-REA	AS 6	« que tout le monde aille dans le même sens, dialogue, moins de tensions »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« Avoir une bonne équipe soudée et une bonne entente, c'est important »
AS-F-52-EHPAD-SLD	AS 7	« L'entente, la relation professionnelle »
AS-H-39-SH-REA	AS 1	« Les collègues car on a une bonne ambiance

#### 4.1.1.3 Organisation du travail

L'organisation pour les soignants est facteur de bien-être, en vu d'être bien préparé et de prévoir si il y a des imprévus. Cela évite d'engendrer du stress et de gagner du temps. Ce temps va servir a l'accompagnement des personnes.

AS-F-26-SH-	AS 2	« Une bonne organisation »
-------------	------	----------------------------

REA		
AS-F-30-EHPAD	AS 10	« Je pense aussi qu'il y a une organisation à avoir »

## 4.1.2 Amélioration des conditions de travail

### 4.1.2.1 Ressources humaines

Ce n'est plus un secret pour personne, le monde de la santé est régulièrement sous effectif, faute de budget et de main d'oeuvre, c'est un sujet très récurrent chez les soignants, impactant leurs conditions de travail.

AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 10	« ça fait des années qu'on demande du personnel mais on l'a pas. »
AS-F-57-EHPAD-S	AS 9	« On doit remplacer les soignants des autres services du coup nous on a pas le temps faire des missions avec les résidents »
AS-F-43-SH	AS 12	« Le nombre de personnel parce que forcément plus on est en nombre plus on peut faire un travail correct aussi, après ça c'est dans tous les établissements aussi. »
AS-F-38-EHPAD-AZM	AS 13	« Avoir plus de bras »

### 4.1.2.2 Le temps

Cette thématique est en lien avec la précédente. Moins nous avons d'effectif et plus la charge de travail sera conséquente, laissant aux agents très peu de temps pour accompagner les personnes. Ils réclament plus d'activités et d'échanges auprès des résidents/patients, et pas faire uniquement que les soins.

- Plus de temps à accorder aux patients/résidents

AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	«Avoir plus de temps avec les résidents. De pouvoir vraiment prendre plus de temps avec eux»
AS-F-43-SH	AS 12	« Justement le besoin de faire mon travail correctement, parce que ce n'est pas que c'est toujours fait à la vas vite mais on doit souvent se dépêcher »
AS-F-27-EHPAD-AZM	AS 14	« D'abord, avoir plus de temps à accorder aux résidents. Ensuite, être beaucoup plus à leur écoute et demandes. Enfin, il faut avoir plus de temps de mettre en place des activités pour eux. »

- Diminution de la charge de travail

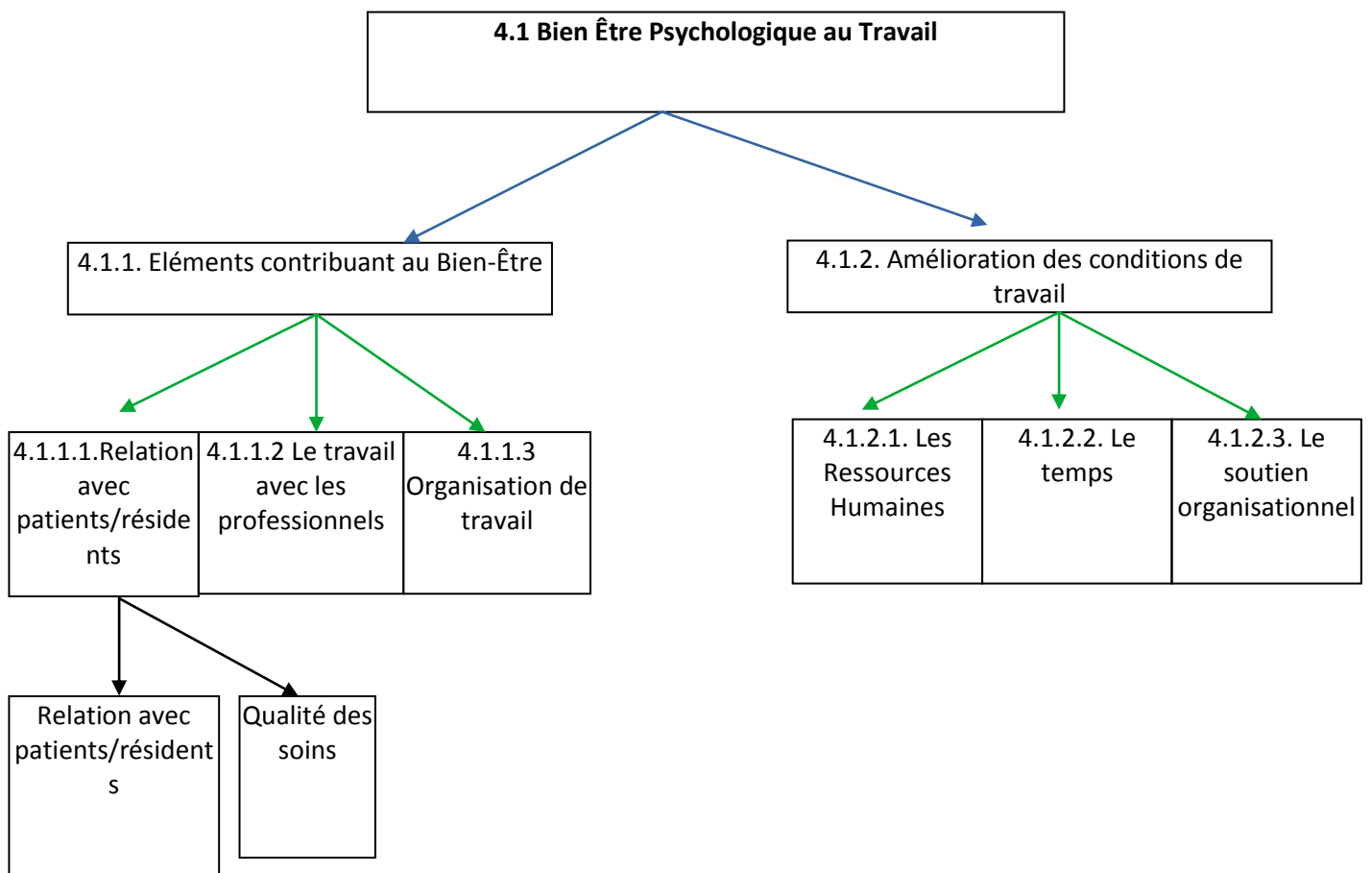
AS-F-50- SH-NEU	AS 4	« Avoir une charge de travail un peu moins lourde, 12h de travail par jours c'est beaucoup et c'est difficile de trouver un bon équilibre. »
AS-F-27- EHPAD- AZM	AS 14	« il ne faut pas avoir une grande charge »
AS-F-52- EHPAD- SLD	AS 7	« Le poids de la charge de travail »

#### 4.1.2.3 Le soutien organisationnel

Pour être satisfait au travail, les soignants stipulent qu'ils ont besoin de plus de reconnaissance et d'écoute. En effet, le métier d'aide-soignant a une place complexe au sein de la hiérarchie d'un établissement. **C'est les personnes qui sont le plus présentes pour les patients/résidents, néanmoins ils sont très peu écoutés et pas assez pris en considération lors de certaines décisions concernant les patients.**

AS-F-52- EHPAD- SLD	AS 7	« Bénéficier d'une plus grande écoute. Se sentir encouragé »
AS-F-56- SH-SP	AS 5	« être écouté et soutenu »
AS-F-57- EHPAD-S	AS 9	« avoir de la reconnaissance »
AS-F-43- EHPAD-S	AS 3	« Pouvoir avoir plus de décision »
AS-F-39- SH-REA	AS 6	« Ecoute plus importante vis-à-vis du corps médical plus exactement les médecins »

**Figure 2 :** *Arbre thématique-Bien-Être Psychologique au travail*



## 4.2 Le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique ( LMX)

Question 6 : *Vous sentez-vous soutenu ou guidé par vos collègues ?*

Question 7 : *Vous sentez-vous soutenu ou guidée par votre hiérarchie de proximité ?*

Question 8 : *Vous sentez-vous soutenu ou guidée par le top management de votre établissement ?*

Ces questions avaient pour but d'identifier le soutien perçu des aides soignant.e.s. La plus part de nos répondants, stipulent être soutenus par leurs collègues. Cependant, quand nous commençons a leur demander si ils sont soutenu par la hiérarchie les résultats sont plus variables. Nous remarquerons ci-dessous, que plus nous montant dans la hiérarchie, moins de soutien est adressé aux soignants.

### 4.2.1 Le soutien entre collègues

#### 4.2.1.1 Soutenus par les collègues

Sur quatorze de nos participants seulement une personne a émis ne pas avoir de soutien de la part de ces collègues.

AS-F-50-SH-NEU	AS 4	« Pas toujours, on a pas tous la même façon de travailler donc je suis peut être trop rigoureuse donc j'ai du mal à accepter certaines choses. »
----------------	------	--

Autrement, nous avons que des avis favorables a cette thématique. Le métier d'aide soignant étant déjà compliqué, il est important pour les professionnels d'avoir une bonne cohésion d'équipe, afin

d'avoir une bonne organisation entre collègue, améliorant de ce fait l'accompagnement des patients. De plus une équipe pouvant communiquer facilement, réduit les tensions, ce qui par conséquent apporte de la bonne humeur dans les services .

AS-H-39-SH-REA	AS 1	« <i>Oui, on peut parler de tout</i> »
AS-F-56-SH-SP	AS 5	« <i>Totalement, on est une équipe qui parle beaucoup.</i> »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« <i>Oui</i> »
AS-F-43-SH	AS 12	« <i>La où je travail, on est une bonne équipe</i> »

## 4.2.2 Le soutien des soignants par la hiérarchie de proximité

La plus part de nos participants stipulent avoir une bonne entente et un bon soutien de la part de leur cadre. En revanche ce n'est pas le cas pour certains. De ce fait deux sous thématiques sont ressorties

### 4.2.2.1 Soutenu par la hiérarchie de proximité

Les participants se sentent soutenu par leur cadre, impliquant de ce fait une meilleure communication pour certains. Une bonne entente avec son cadre engendrera une confiance entre les professionnels et un meilleure climat de travail.

AS-F-50-SH-NEU	AS 4	« <i>rien à dire, on communique bien, tout se passe bien</i> »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« <i>le cadre nous soutien</i> »
AS-F-56-SH-SP	AS 5	« <i>Les cadres font en sorte de remonter nos problèmes à la direction pour nous aider</i> »
AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	« <i>Avec ma cadre ça se passe très bien</i> »

### 4.2.2.2 Non soutenu par la hiérarchie de proximité

Quatre de nos participants estiment ne pas avoir de soutien de la part de leurs cadres. Cependant, ce ne sont pas des réponses véridiques, hormis pour une et une autre ou c'est un peu ambiguë. Il y a toujours un argument derrière, cherchant a donner une «excuse» . Nous ne pouvons pas donc démontrer précisément que les aides soignant.e.s ne sont pas soutenu par leur cadre.

AS-H-39- SH-REA	AS 1	«Beaucoup moins qu'avec mes collègues, voire pas du tout»
AS-F-52- EHPAD- SLD	AS 7	«Non pas vraiment»
AS-F-43- EHPAD-S	AS 3	«Ça dépend des moments, la ils ont les syndicats sur le dos donc ils font un peu plus attention.»
AS-F-22- EHPAD- AZM	AS 11	«Bah c'est un peu compliqué parce que on a souvent des cadres remplaçants»

### 4.2.3 Le soutien des soignants par le top management de l'établissement

Comme nous l'avons cité plus haut, nous avons eu quasiment la totalité des réponses positives pour le soutien des collègues. Des réponses un peu plus variables pour les cadres de santé. Et maintenant, nous allons apercevoir, une nette diminution du soutien vis à vis du top management.

#### 4.2.3.1 Soutenus par le top management

Quatre de nos participants diront qu'ils se sentent soutenu par la hiérarchie. Cependant, se sont des réponses courtes et brèves, qu'il est difficile d'interpréter. Nous n'avons pas d'explications plus argumentée. Nous pouvons nous poser la question de la sincérité.

AS-F-50- SH-NEU AS-F-38- EHPAD- AZM AS-F-39- SH-REA	AS 4 AS 13 AS 6	«Oui »
AS-F-43- EHPAD-S	AS 3	« On va dire que oui »

#### 4.2.3.2 Non soutenu par le top management

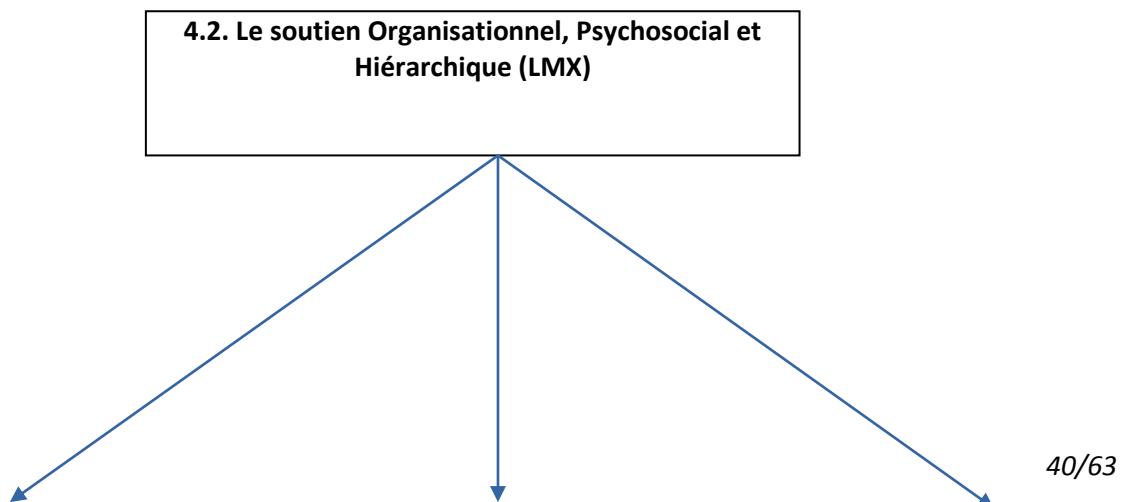
Sur les dix personnes restantes, tous disent que le top management ne soutient pas ses employés. Nous pouvons également dire, que pour la plupart elle n'est pas du tout présente. A vérifier si ces personnes travaillent dans un centre hospitalier ou dans un EHPAD. Cela peut expliquer la présence ou non. En effet, dans un centre hospitalier comptant environ plus deux milles employés, il peut être

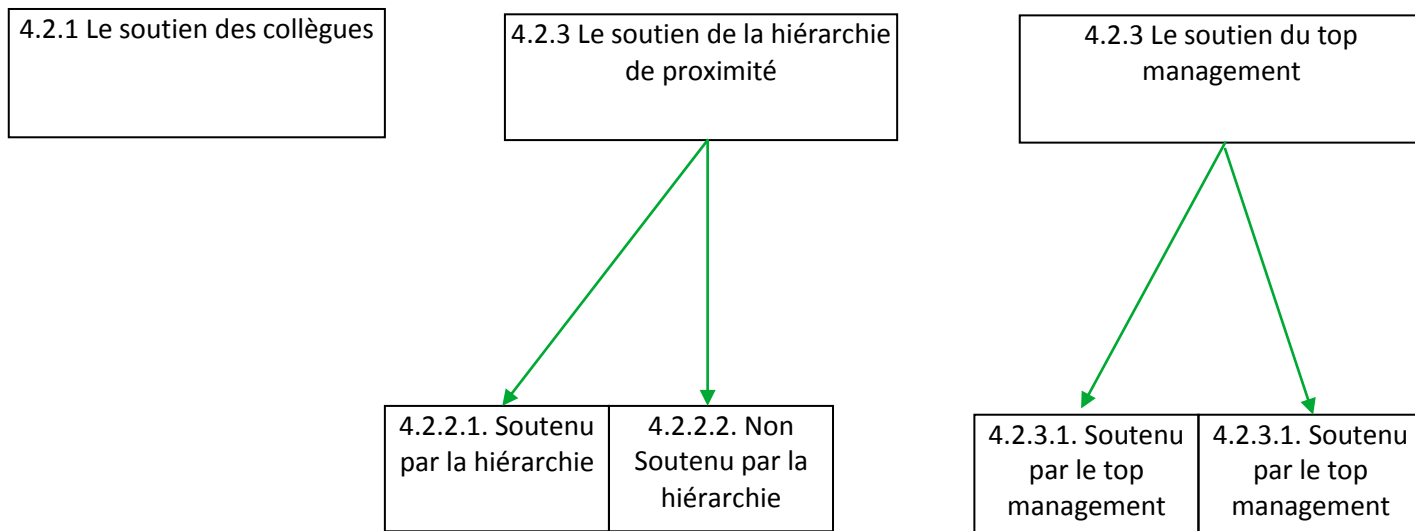


compliqué pour la hiérarchie d’être présente. En revanche, dans un EHPAD où l’effectif est plus restreint, cette absence peut être source de non reconnaissance et de clivage entre les agents de terrains et le top management.

AS-F-56-SH-SP	AS 5	« Pas de contact avec eux »
AS-F-39-SH-REA	AS 6	« pas du tout »
AS-F-30-EHPAD-AZM	AS 10	« pas du tout, ils ne sont pas présents, ils sont absents »
AS-F-57-EHPAD-S	AS 9	« un peu moins, surtout dans la période covid »

**Figure 3 :** Arbre thématique- Soutien Organisationnel, Psychosocial et Hiérarchique (LMX)





### 4.3 La charge de travail

Question 14 ; *Comment percevez-vous votre charge de travail ?*

Question 15 : *Qu'est ce qui est plus lourd ? L'aspect physique, moral, émotionnel, ou les conflits dans vos missions, rôles ?*

Question 16 : *Comment prenez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie?*

Ces questions avaient pour but, d'analyser la perception des aides soignant.e.s sur leur charge de travail et connaître qu'elles types de charge prends plus le dessus. Être aide soignant demande beaucoup d'effort, que se soit en tant que physique ou psychologique. Travailler avec des personnes en fin de vie, peut atteindre d'autres dimensions, comme la gestions des émotions, savoir mettre une juste distance entre la patient et le professionnel, sans forcément en mettre trop pour éviter d'être maltraitant. Travailler en fin de vie demande de prendre des décisions pour les patients. Ceci peut être considéré comme une charge car se sont des décisions qui ont leur importance et qui peuvent avoir un impact sur la fin de la vie.

#### 4.3.1 La perception de la charge de travail

Les réponses sont assez hétérogènes. Certains professionnels estiment avec avoir une charge lourde, d'autres une charge acceptable. Puis, des professionnels stipulant que leur charge de travail peut être variable selon les périodes. Nous avons donc fait ressortir trois thématiques.

#### 4.3.1.1 Charge acceptable

Acceptable, ne veut pas dire, qu'il n'y a pas de charge de travail. La charge est bien présente, mais selon les professionnels elle est supportable. Cependant, les réponses n'étant pas plus argumentées il est compliqué de comprendre pourquoi il considère la charge de travail acceptable. Ont-ils plus de matériel à disposition, plus d'effectif, pas beaucoup de patients ?

AS-F-52-EHPAD-SLD	AS 7	« Une charge assez facile »
AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	« Mais ici , on a quand même pas trop à se plaindre, au vu des gros services ailleurs où il y a beaucoup de résidents pour au final le même nombre de personnel .. Donc ça serait pas gentil de ma part de me plaindre alors qu'il y a pire. »
AS-F-39-SH-REA	AS 6	« Normal »
AS-F-43-EHPAD-S	AS 3	« Correcte »

#### 4.3.1.2 Charge lourde

La charge dans le milieu de santé peut être très lourde, surtout en terme d'activité physique. Les aides soignantes apportent des soins qui doivent être réalisés normalement, tant de minutes, selon le travail prescrit. Cependant, il n'est pas possible de respecter à la lettre ces tâches de travail, en sachant que le professionnel essaie d'aller le plus rapidement possible pour être dans les temps. Cette rapidité et cette charge peut avoir un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

AS-H-39-SH-REA	AS 1	« On finit sur les rotules »
AS-F-26-SH-REA	AS 2	« Parfois c'est lourd »
AS-F-56-SH-SP	AS 5	« C'est lourd, mais j'aime bien mon service de neuro même si c'est un service de travail où la charge de travail est très lourde »
AS-F-43-SH	AS 12	« Très intense »

### 4.3.1.3 Charge variable

La charge de travail pour les soignants est variables, elle ne sera pas la même un jour à l'autre. Les agents ont fait ressortir trois sous thématiques pouvant altérer la charge de travail, le nombre de soignants, de la technicité des soins, et bien évidemment la période covid-19 est ressortie.

- *Nombre de soignants*

Le problème d'effectif dans le milieu médical n'est pas nouveau. Néanmoins, le manque de main d'œuvre reste un facteur déterminant pour la charge de travail. Cette sous thématique est également en lien avec le nombre de patients dans le service. Pendant plusieurs semaines, le service n'est pas au complet, les soignant.e.s sont trois pour vingt-cinq résidents. Et plus tard, le service est complet, il y a trente résidents, mais le nombre de personnel n'a pas augmenté, ils sont toujours trois. Et cinq personnes en plus, demandent beaucoup de travail en termes de temps.

AS-F-56-SH-SP	AS 5	« Notre service n'est pas au complet, on a moins de personnes, pour le même nombres de soignants donc c'est bien »
AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	« Mais ici, on a quand même pas trop à se plaindre, au vu des gros services ailleurs où il y a beaucoup de résidents pour au final le même nombre de personnel »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« Quand service complet, le nombre de soignant ne change pas et la c'est compliqué . »

- *Technicité des soins*

Tout patients/résidents est unique et demande des soins spécifiques. Des plus, les agents travail avec des être humains et non avec des machines. Ils doivent s'adapter aux humeurs, à la souffrance , aux caractères de chacun, etc. La charge de travail va être différentes selon les patients et selon leurs soins. Les agents doivent s'adapter au jour le jour.

AS-F-56-SH-SP	AS 5	« quand on a 11 lits de soins palliatif « purs » avec des soins et beaucoup de technicité c'est plus chargé »
---------------	------	---

AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	« Et puis d'autre où on arrive parce que il y a pleins de pipi parce que la veille ils ont mangé je sais pas quoi, ou on est à la bourre parce que il y a eu un imprévu, il y en a ils vont faire des bêtises. »
AS-F-43-SH	AS 12	« dans le sens ou on n'a pas beaucoup de matériel donc c'est très physique quand même en fonction des pathologies »

- Période Covid

Le personnel a évoqué la période Covid-19. Cependant, pour certain, elle n'a pas été perçue comme une charge forte, bien au contraire. Lors de l'épidémie, beaucoup d'aide a été apportée aux agents. La charge physique a été diminuée. Cependant, sur quatorze de nos participants seulement trois ont évoqué la pandémie. Nous ne pouvons pas supposer que c'est l'avis générale.

AS-H-39-SH-REA	AS 1	« Mais la avec le covid c'est plutôt assez ardu, mais on fait avec »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« Et le covid n'a pas été une charge en soit dans notre service. ça a même eu ces bon ça nous a plus soudé dans l'équipe. On était plus indépendant. »
AS-F-20-EHPAD	AS 10	« Et période covid, bah ça a permis d'avoir du personnel en plus, et moi je ne l'ai pas vécu la période covid parce que on était tellement bien entre nous à se donner un coup main, et les gens de l'extérieur était là pour nous aider. »

### 4.3.2 Le type de charge

Savoir ce qui est le plus difficile à vivre pour les soignants peut être intéressant en termes d'implications. Nous pouvons penser que l'aide soignant.e, la charge physique est plus difficile à gérer. Toute la journée debout, il faut porter les personnes, s'il n'y a pas le matériel adéquat, porter des sacs de linge, etc. Cependant, nous avons remarqué que la charge morale et émotionnelle font partie des charges les plus lourdes. Toutefois, les agents ne se positionnent pas tout le temps sur une seule charge. Ils pouvaient très bien ressentir de la charge physique et morale. Nous avons cependant réparti nos sous-thématiques selon les trois types de charge.

#### 4.3.2.1 Charge physique

Pour les soignants, les charges physiques sont plus complexes, car elles restent présentes. Contrairement à la charge morale où parfois une simple conversation ou un sourire peut l'améliorer. Hors, la charge physique est plus difficile à faire partir, surtout si la personne commence à avoir un âge « avancé ». Et pour soigner le physique il faut du repos, que les soignants n'ont pas. C'est un

lien avec le manque d'effectif. Les soignants doivent faire beaucoup de remplacements et sont rappelés sur leurs congés, ce qui de surcroît aggrave le physique .

AS-F-26-SH-REA	AS 2	« Plus physiques »
AS-F-50-SH-NEU	AS 4	« Il y a de tout. Physique c'est en premier quand même avec la manutention pendant la toilette »
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« Moi c'est plus physique, dans le sens où moral, tu sors de la chambre et on se donne le relai entre collègue, si on sent que la tension est trop et qu'on a besoin de souffler, bah avec l'équipe on est solidaire. Alors que quand tu as mal au dos, bah tu as mal au dos, tes collègues peuvent rien faire »
AS-F-43-SH	AS 12	« Je vais dire physique puisque c'est ce que je ressens le plus, dans le sens où on n'a pas beaucoup de matériel donc c'est très physique quand même en fonction des pathologies, parfois lourde. »

#### 4.3.2.2 Charge morale

Les professionnels stipulent que la charge morale fait partie d'une des charges les plus compliquées à gérer, avec la charge physique. Dans un milieu où les agents accompagnent des personnes en fin de vie, où ils sont constamment confrontés à la souffrance, il peut être difficile de relativiser. Dans les EHPAD, la population peut être lourde à supporter, en vue de la population vieillissante et des pathologies cognitives.

AS-F-43-EHPAD-S	AS 3	« Parfois, c'est moral car quand on voit qu'ils sont tristes, qu'ils pleurent, c'est pas évident au niveau moral »
AS-F-38-EHPAD-AZM	AS 13	« Ce qui est plus lourd c'est l'aspect moral. »
AS-F-52-EHPAD-SLD	AS 7	« C'est plus au niveau moral. On ne nous fait pas assez confiance et on est également peu valorisés malgré que j'arrive à passer au-dessus. »
AS-F-22-EHPAD-AZM	AS 11	« Bah pour moi c'est plus psychologique et moral. Parce que on a des résidents avec des troubles du comportement donc à la fin de journée des fois on est fatigué mentalement. »

#### 4.3.2.3 Charge émotionnelle

Travailler avec des personnes en fin de vie peut être compliqué au niveau de la gestion des émotions. Être confronté à la mort et au deuil, peut être difficile à surmonter. De plus, les soignants

s'occupent des patients, néanmoins il y a la famille à côté, qui peut transmettre son stress et sa tristesse aux soignants. L'équilibre d'une juste distance est primordial pour la gestion des émotions et pour diminuer la charge émotionnelle. Cependant, la personnalité du soignant peut également jouer un rôle, à lui de faire un travail dessus pour s'endurcir.

AS-F-56-SH-SP	AS 5	« On a un peu de manutention mais très peu donc le plus dure c'est la charge émotionnelle »
AS-F-30-EHPAD-	AS 10	« Sinon émotionnelle bah il y a des périodes compliquées, la on a eu un décès il y a pas longtemps, bah il y en qui l'ont mal vécu parce que la famille les a serré dans les et c'était dur de ce contenir. »
AS-F-43-SH	AS 12	« Emotionnelles ça dépend des moments »

### 4.3.3 La prise de décision

La prise de décision concernant les personnes en fin de vie peut être un moment compliquée dans le travail d'un soignant. Décider, par exemple, d'arrêter un traitement, sachant que ça va accélérer la mort, ux ayant la « chance » de participer à ces réunions, ce sont des décisions qui sont prises en groupe, prenant l'avis de chacun, favorisant l'accompagnement de la personne. Nous avons relevé trois sous peut être une charge émotionnelle et morale très compliquée à vivre. De plus ce genre de situation se fait en groupe, il est donc important que tout le monde puisse apporter son point de vue, afin de prendre une bonne décision adaptée aux patients et lui éviter de souffrir. Pour les aides soignant.e.s la plupart ne sont pas conviés aux réunions ayant pour but de prendre une décision. Pour ces thématiques pouvant être intéressantes

#### 4.3.3.1 Pas de prise de décision

Ne pas participer à ces décisions peut être très frustrant pour les aides soignant.e.s, qui s'occupent tous les jours de la personne et voit son état changer de jour en jour. Cette population n'a pas son mot à dire, qui pourtant, est très important en vue des soins qu'elle prodigue chaque jour. Elle peut apporter des éléments essentiels, pour un bon accompagnement.

AS-H-39-SH-REA	AS 1	« Finalement moi j'en prends pas tant que ça, on prend un petit peu mon avis mais à mon niveau de aide soignant on me pose pas trop de question »
AS-F-27-EHPAD-AZM	AS 14	« Dans mon statut, je n'ai pas de décision à apprendre.»
AS-F-27-EHPAD-S	AS 8	« C'est pas nous c'est l'infirmière, nous on évalue pendant les soins comment ça se passe et après c'est l'infirmière qui communique avec le médecin »

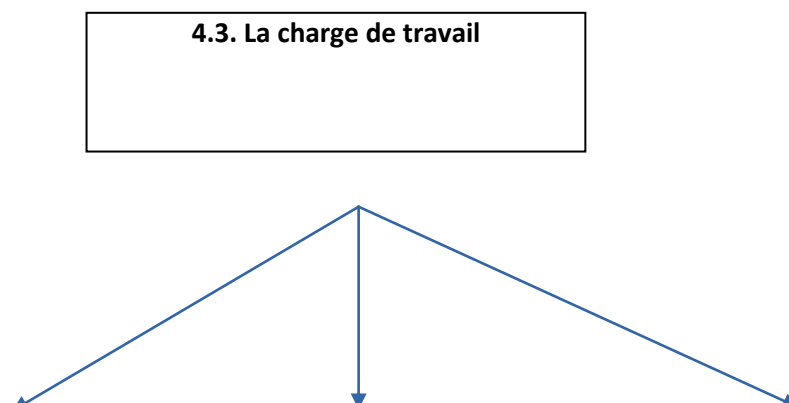
AS-F-57-EHPAD-S	AS 9	« Nous AS, on n'a pas forcément de rôle dans les décisions, c'est plutôt médecin et infirmière »
-----------------	------	--

### 4.3.3.2 Prise de décision en groupe

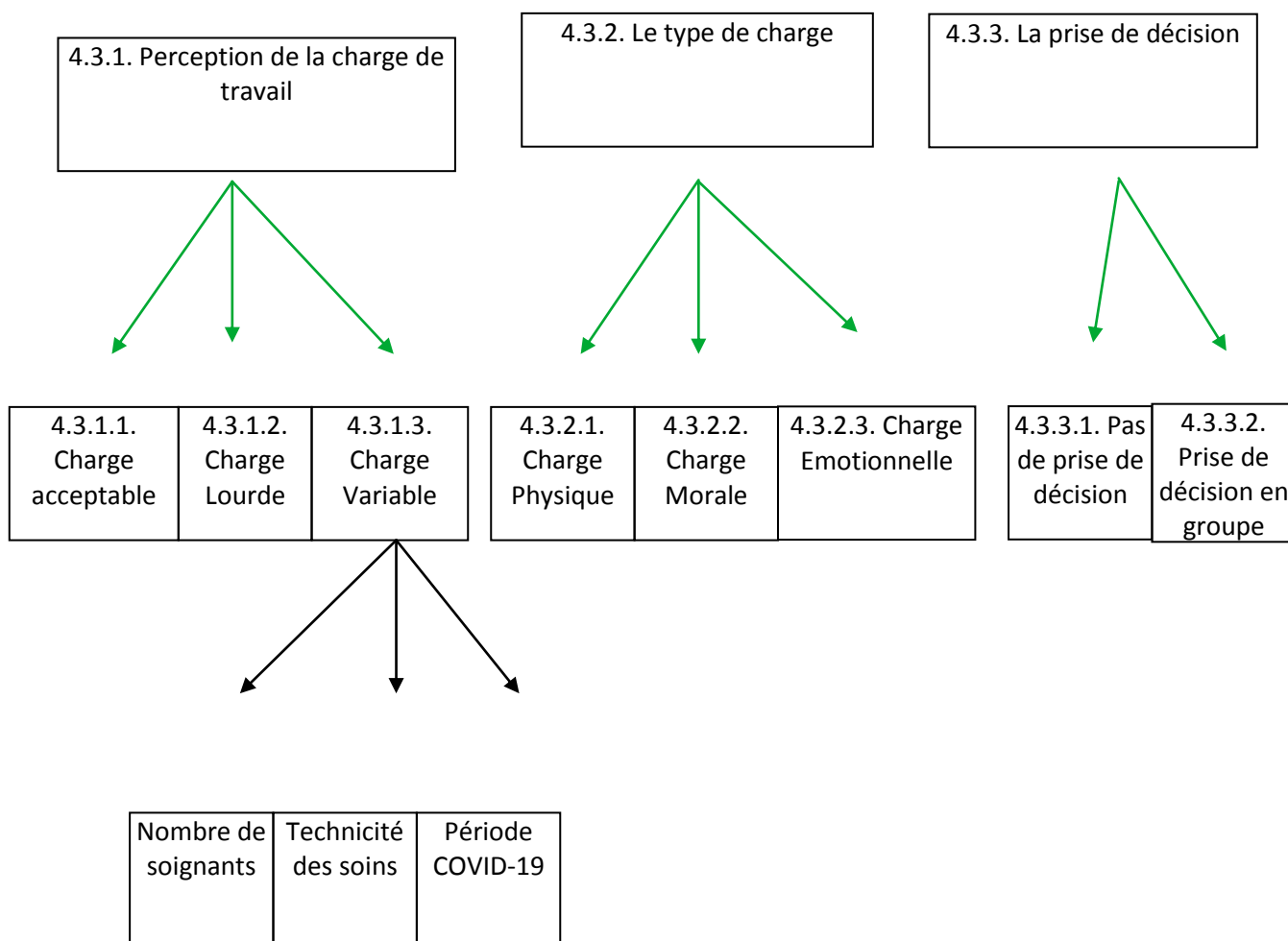
Les soignants faisant partie des prises de décisions, stipulent que c'est une bonne chose de faire participer tout le monde. C'est important pour le patient, mais c'est également important pour le soignant qui se sent écouté et reconnu. C'est n'est pas parce qu'ils ne donnent pas d'avis médicale que son point de vue ne compte pas, au contraire. Il peut énoncé les changements de comportements au fil des jours, les changements en terme de capacités physiques, etc.

AS-F-43-SH	AS 12	« Par rapport aux soins palliatifs on parle beaucoup avec le médecin, par rapport aux directives anticipées, on est quand même beaucoup plus sur la communication au niveau des soins palliatifs parce que on sait que l'issue est fatale »
AS-F-30-EHPAD	AS 10	« En générale on se pose en équipe, on discute du projet du résident euh ... en lien avec infirmière pour le passage de Jean 23, si vraiment on voit que c'est nécessaire, fin c'est plutôt infirmière que nous, mais si des fois on sent que le résident est vraiment pas bien, on peut aussi donner notre point de vue. »
AS-F-56-SH-SP	AS 5	« Elles sont bien prises car quand il ya une décision à prendre c'est une décision collégiale. On va tous se réunir dans la salle de soin. Quand je dis tous c'est même les dames de ménages car elles voient aussi le patient. On est tous convié et on discute. On est écouté »
AS-F-43-EHPAD-S	AS 3	« On en parle dans l'équipe et avec les médecins. On mets des objectifs en place et on essaie des les appliquer mais tout se fait en groupe. »

Figure 4 : Arbre thématique – Charge de Travail







## 5. Discussion

Notre étude portait sur l'impact de la qualité de vie au travail des aides soignants sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. Pour étudier nos variables (Le bien-être psychologique au travail, le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX) et la charge de travail) nous avons utilisé une méthode qualitative, avec des entretiens semi-directifs pour recueillir nos données. Ainsi, nous avons rencontré 14 aides-soignants exerçant dans un service

hospitalier ou en EHPAD. Nos résultats ont été traités par une analyse thématique ayant pour but d'analyser le corpus en faisant ressortir des thématiques apparentes.

Concernant *le bien-être au travail des aides-soignants*, nous avons observé deux grandes thématiques : les déterminants du BET et l'amélioration des conditions de travail. Pour les déterminants, nous observons que pour la plupart des aides-soignants qui ont été interrogés le travail avec le patient/résident est primordial. En effet, l'apport de soins de qualité et pouvoir faire son travail correctement est essentiel. Ce qui répond à notre hypothèse 1a. De plus, la relation avec les soignés est un facteur important. Le métier de soignant doit être une vocation, être proche de l'humain et pouvoir contribuer à son bien-être, apporte aux soignants un sentiment gratifiant. Nous observons également que le travail avec les professionnels fait partie intégrante du BET. Enfin, avoir une meilleure organisation de travail est utile pour le BET. Effectivement, en vue du manque de personnel et du manque de temps, les tâches des soignants sont calculées à la minute près. Avoir une bonne organisation permet d'anticiper les imprévus et d'éviter les tensions et le stress. Il est difficile de valider notre hypothèse 1c, évoquant le lien entre la satisfaction au travail et les soins de qualité. Effectivement, les participants n'ont pas abordé explicitement ce lien, nous ne pouvons donc pas affirmer que la satisfaction au travail contribue à des soins de qualité. Concernant, notre deuxième supra-thématique, l'amélioration des conditions de travail pourrait contribuer au BET. Nous avons ressorti trois sous thématiques. Pour contribuer à leur BET, les soignants ont besoin de plus de ressources, afin de diminuer leur charge de travail et améliorer leurs conditions de travail. Le temps est également un élément essentiel au BET. En effet, les aides-soignants sont sans cesse confrontés au manque de temps, impactant l'accompagnement des personnes et augmentant leur charge de travail. Ils sont sur des rythmes plus soutenus et plus stressants. Le soutien organisationnel est un facteur primordial pour les professionnels. Au-delà de l'entente avec les collègues, les agents ont besoin de plus de soutien et de reconnaissance, ce qui valide notre Hypothèse 1a.

Au vue de ces résultats, nous pouvons valider l'hypothèse 1 qui stipule que le BET impact l'accompagnement des personnes en fin de vie. Si, les agents pouvaient bénéficier de plus de ressources humaines, de temps, et de soutien, les aides-soignants pourraient apporter un accompagnement de qualité. De plus, le BE des patients est indispensable à leur BET, ce qui peut expliquer cette envie de bien faire son travail, dans un environnement bientraitant.

En ce qui concerne le *soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX)*. Nous observons trois pluri-thématiques en lien avec nos questions : le soutien entre collègues, le soutien

par la hiérarchie de proximité, et le soutien du top management de l'établissement. Le soutien entre collègues, est bien présent dans les établissements, ce qui valide notre hypothèse 2b. En effet, une cohésion d'équipe est indispensable pour un climat de travail sain. Les conditions de travail étant déjà compliquées, le soutien de ses pairs apporte de la motivation, de l'entraide et une meilleure organisation. Le stress et la charge de travail peuvent être divisés, améliorant par conséquent le BET, comme l'avaient annoncé certains auteurs (Brunault, 2012 ; Vagharseyyedin et al., 2011). Cependant, il n'est pas explicité clairement que l'entente avec les collègues est un lien direct avec la qualité des soins et de l'accompagnement. Nous ne pouvons donc pas confirmer l'hypothèse 2c. Ensuite, nous observons que le soutien avec la hiérarchie de proximité, comme les cadres de santé, est variable selon les participants. Nous avons vu précédemment que le soutien organisationnel joue un rôle dans le BET. De ce fait, apporter du soutien à ses employés et communiquer avec eux, améliore l'estime de soi des agents, qui par conséquent, améliorera la qualité des soins. Comme l'évoquent Settoon et al. (1996). Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse 2a. En revanche, le soutien du top management est très peu présent, ce qui confirme notre hypothèse 2d. Cependant, en vue des réponses courtes, nous ne pouvons pas savoir si cela a un impact sur la qualité de vie au travail et sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. Nous rejetons, l'hypothèse 2 e.

Suite à ça, hormis pour l'hypothèse 2a qui a été confirmée, nous ne pouvons affirmer que le soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique a un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. Il faut des réponses plus précises de la part des candidats.

Concernant la charge de travail, nous avons fait ressortir trois supra-thématiques : La perception de la charge, le type de charge et la prise de décision. En ce qui concerne, la perception de la charge de travail pour les aides-soignantes, nous avons des réponses variées. Pour certains la charge est acceptable, pour d'autres elle est lourde ou variable selon la période. Nous nous attendions à ce que la plupart des agents stipulent avoir une charge de travail lourde, ce qui n'a pas été le cas. Nous rejetons l'hypothèse 3a. L'Anact (2020), évoque le fait qu'une charge de travail n'est pas toujours mal vécue, ce que prouve nos résultats. Cependant, cela ne veut pas dire que la charge de travail n'amène pas un épuisement professionnel, au contraire (Le Ray-Landrein et al., 2016 ; Lissandre et al., 2008 ; Yürür & Sarikaya, 2012). De plus, la perception de la charge de travail peut être variable selon les périodes. Les périodes plus difficiles peuvent conduire à un stress traumatique (Ogin'ska-Bulik & Michalska, 2020), impactant l'accompagnement des patients/résidents. Au début de notre étude, nous avons supposé, selon les définitions de la charge de travail, que les sujets nous parlent du manque de temps par rapport à la charge de travail. Cependant, les sujets ont évoqué la

thématique du temps dans les questions du BET. le manque de temps a un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. L'hypothèse 3b est donc confirmée. Concernant, les types de charges, nous en relevons trois : Physique, morale et émotionnelle. Pour commencer notre hypothèse 3b sur le fait que la charge physique sera la plus conséquente est rejetée. En effet, pas tous les agents éprouvent une charge physique, pour certains la charge morale et émotionnelle sont plus lourdes à supporter. Cela peut être dû aux caractéristiques individuelles ou organisationnelles (Anact, 2020). La charge morale et émotionnelle peuvent engendrer un épuisement émotionnel qui a des conséquences sur la qualité de vie au travail (Bragard et al., 2012 ; Dupuis-et al., 2019)

Nous pouvons confirmer l'hypothèse 3, selon laquelle la charge de travail peut avoir un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie, en vue des diverses conséquences qu'elle peut engendrer sur la qualité de vie au travail.

Notre hypothèse générale (Hypothèse 4) était : « La qualité de vie au travail a un impact sur l'accompagnement des personnes en fin de vie ». Nous ne pouvons pas affirmer à 100 % que la qualité de vie au travail a un impact sur l'accompagnement des patients. Cependant, certaines études ont démontré l'impact de certaines variables sur l'accompagnement, comme Delavois et al. (2013) qui évoquent que l'épuisement professionnel se traduit par un manque de temps et un recentrage vers des soins purement techniques ou Loriol (2003) qui stipule que le désengagement conduit à des rapports plus conflictuels avec le malade et à une perte d'estime professionnelle.

## **6. Limites de l'étude**

Comme nous l'avons explicité dans la partie méthodologique, l'analyse du corpus devait se réaliser à l'aide du logiciel IramuteQ. Cependant, nos réponses à nos questions étant trop courtes, le logiciel ne pouvait pas fonctionner. Nous avons donc réalisé une analyse thématique manuellement, à l'aide de certains articles, mais les connaissances sur cette méthode n'étaient pas très au point ce qui a sûrement dû poser problème au niveau des étapes de l'analyse. Concernant les réponses courtes, nous avons été cinq à réaliser des entretiens (deux personnes en M1 et trois personnes en M2) avant de commencer nous ne sommes pas concertés concernant le déroulé des entretiens et sur notre position à tenir. Pour faire des entretiens, il y a bien évidemment la grille à suivre, mais il ne fait pas hésiter à relancer les candidats pour argumenter et expliciter leurs informations. De ce fait, on se retrouve avec des réponses très courtes comme « Oui », « Non pas vraiment », sans explication

derrière. Ce type de résultat peut être plus difficile à analyser, surtout si notre but est d'analyser un corpus et non pas un mot.

Nous avons remarqué des biais méthodologiques lors de nos découpages et de notre analyse. Certaines réponses n'étaient pas forcément en lien avec la question, par exemple : Comment pensez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie? « Des décès j'en ai vu beaucoup, c'était dur au début, mais la formation que j'ai eu m'a permis de surmonter ce genre d'épreuves. Il est important de montrer aux patients qu'on tient à eux. » Cette réponse n'a pas de lien avec la question. Elle n'est donc pas exploitable. Est-ce que c'est une mauvaise compréhension de la question de la part de l'intervieweur, ou c'est le candidat qui n'a pas compris ?

Des biais au niveau des questions sont également à relever. En effet, certaines questions permettaient aux candidats de s'exprimer librement, au chercheur de le relancer si nécessaire pour avoir une réponse plus complète. De plus, le but de notre recherche est d'étudier la qualité de vie au travail des professionnels accompagnant des personnes en fin de vie, il manque peut-être des questions par rapport à la fin de vie, par exemple : Selon vous est ce que l'accompagnement ou les soins prodigués aux patients en fin de vie sont de qualité ? Accordez-vous plus de temps pour les personnes en fin de vie ? Etc. Certains participants ont parlé des soins palliatifs, de la mort, etc, mais c'était minime, alors que c'est quand même le but de notre recherche. Hormis les questions sur les connaissances juridiques sur les droits à la fin de vie, les personnes n'en n'ont pas forcément parlé. Concernant les connaissances juridiques, très peu de personnes, surtout les aides soignant.e.s, ne savaient répondre aux questions. Nous demandons s'ils connaissaient des textes de loi concernant certaines thématiques comme les directives anticipées, la personne de confiance, etc. Ces questions étaient plus appropriées pour les cadres ou les médecins. Il faudrait faire des grilles d'entretien spécifiques pour chaque type de métier.

Enfin, une dernière limite à citer, est la crise sanitaire. Les entretiens se sont déroulés durant la 3<sup>e</sup> vague de la crise. Ce qui a compliqué nos recherches de candidats, mais ce qui a également biaisé certaines de nos questions. Beaucoup de soignants ont vu des personnes mourir et en plus de cela dans des conditions éthiquement pas correctes. De ce fait, les sujets parlent de la crise pour illustrer leurs propos. Hors, qu'aurait donné leurs réponses s'il n'y avait pas eu la crise ? Auraient-elles été différentes ou similaires ?

## **6.1 Les implications**

### **6.1.1 Implications à la recherche**

Il peut être intéressant, pour compléter l'analyse qualitative, de faire une analyse quantitative et de mettre en lien les résultats. Ceci permettra de tester plus en profondeur la robustesse de nos données. La démarche de notre recherche sera alors séquentielle, les études quantitatives et qualitatives se succéderont en un cycle, permettant de renforcer les concepts, les hypothèses et les résultats de la recherche.

Investir dans notre échantillon, plus d'homme, afin de pouvoir faire une comparaison de la qualité de vie au travail entre les hommes et les femmes. Les hommes sont réputés pour mieux gérer leurs émotions cela peut avoir une influence sur le bien-être et de ce fait sur l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Comme nous l'avons explicité précédemment, intégrer dans la grille d'entretien ou dans un questionnaire, si nous décidons, de réaliser une analyse quantitative, des questions plus en lien avec les personnes en fin de vie. Ça permettra de mieux vérifier nos hypothèses et de rendre compte de l'impact de la qualité de vie au travail des soignants sur les personnes en fin de vie.

### **6.1.2 Implications pratiques**

Connaitre l'impact de la qualité de vie au travail des professionnels de santé accompagnant des personnes en fin de vie, peut révéler les freins et les leviers pour un accompagnement de qualité et donner une fin de vie digne au patient.

La communication au sein des équipes médicales est primordiale pour l'accompagnement. Intégrer les aides-soignantes dans les décisions en lien avec la fin de vie peut être un atout indispensable pour un accompagnement de qualité. De plus, intégrer les aides soignant.es lors des réunions pour mettre en place « un projet de vie », c'est à dire, les soins à prodiguer aux patients/résidents, que se soit, le laisser au lit ou le mettre debout, les traitements, la manutention, ne pas lui donner de la nourriture solide pour éviter les fausses routes, etc. Peut également être un atout dans l'accompagnement. Les aides-soignantes sont en premier ligne et sont plus régulière en contact avec les personnes que les autres professionnels.

Mettre en place des réunions, des groupes de parole ou des cellules de crise, pourraient permettent aux agents de plus s'exprimer et de faire entendre leurs revendications. Se sentir écouté, redonne de l'estime et de la reconnaissance et améliore par conséquent, le bien-être au travail.

Notre étude a démontré que le rapport entre les aides-soignantes et le top management n'est pas de bonne qualité, voir même absent. Impliquer le top management à s'intéresser aux soignants ou de faire partie de certaines réunions apportera de la reconnaissance et de la valeur au travail donné par

les employés. Mettre en place des formations pour les managers, et également pour le top management, sur la bientraitance et sur le leadership, pourrait contribuer à un meilleur climat de travail et de bien-être. De plus, cela pourrait contribuer à la diminution de l'absentéisme et de turnover, améliorant la taux de présence et le nombre d'employés sur place, laissant plus de temps aux

## 7. Conclusion

L'accompagnement à la fin de vie est un domaine complexe qui demande aux soignants une force spécifique. Nous n'avons pas pu affirmer que la qualité de de vie au travail des aides-soignantes à un impact sur l'accompagnement. La fin de vie fait réfléchir sur les valeurs éthiques des professionnels, qui parfois avec leurs conditions de travail, doivent aller à l'encontre de ses valeurs. Le but naturel pour un soignant et pour toute institution d'aide à la personne est la bientraitance des personnes soignées. Cependant, seul un professionnel valorisé et sécurisé, qui est fière d'exercer dans une profession entièrement dévolue à l'autre, pourra s'investir de façon durable et adaptée auprès des personnes en fin de vie.

Les institutions ont le devoir d'apporter une humanisation des soins, qui s'appuient sur une prise en compte de la qualité de vie au travail des soignants. Selon le modèle Planetree, repris par Schmitt et Ghadi (2013), l'humanisation des soins repose sur l'écoute, la prise en compte des besoins de tous les usagers, que ce soit les patients ou les professionnels de santé et un soutien managérial conséquent.

## 8. Références bibliographiques

- Anact. (2020, 11 Novembre). *4 choses à savoir sur la charge de travail*. Anact. <https://www.anact.fr/4-choses-savoir-sur-la-charge-de-travail>
- Anact. (2016, 19 Octobre). *10 questions sur la charge de travail*. Anact. <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-charge-de-travail>.
- Amar, S. (2009). Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs. *Le Journal des psychologues*, 3(3), 35-38. <https://doi.org/10.3917/jdp.266.0035>.
- Aubret, J. & Blanchard, S. (2010). Chapitre 4. Les entretiens et l'évaluation psychologique. Dans J. Aubret & S. Blanchard (Eds.), *Pratique du bilan personnalisé*, 127-169. Paris: Dunod.
- Bardin, L (2013). *L'analyse de contenu* (10<sup>e</sup> éd). Presse Universitaires de France. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/puf.bard.2013.01>. .
- Bragard, I., Dupuis, G., Razavi, G., Reynaert, C. & Etienne, A-M. (2012). Quality of work life in doctors working with cancer patients. *Occupational Medicine*, 62(1), 34-40, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr149>.

- Brunault, P., Fouquereau, N & Gillet, N. (2012). La qualité de vie au travail. Dans P. Colombat (Eds.), *Qualité de Vie au Travail et Management Participatif*, (pp. 49-63). Lamarre. [https://www.researchgate.net/publication/236329969\\_Qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail](https://www.researchgate.net/publication/236329969_Qualite_de_vie_au_travail).
- Bauer, T. & Green, S-G. (1996). Development of leader-member exchange: A longitudinal test. *The Academy of Management Journal*, 39(6), pp. 1538-1567. <https://doi.org/10.5465/257068>.
- Campoy, E. & Neveu, V. (2006). Le rôle de la confiance organisationnelle dans la réduction des risques sociaux: Le cas des comportements déviants. *Vie & Sciences de l'Entreprise*, 3(3), pp. 80-100. <https://doi.org/10.3917/vse.172.0080>.
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la bonne distance soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi*, 97, 53-64. [https://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue\\_Travail-et-Emploi/pdf/97\\_2478.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/97_2478.pdf).
- Chapelle, F. (2018). Modèle de Siegrist. Dans F. Chapelle (Eds.), *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (pp. 113-117). Dunod. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.chape.2018.01.0113>.
- Colombat, P. (2016). Bienveillance, démarche participative et qualité de vie au travail : une application en milieu hospitalier. Dans J-L Bernaud (Eds.), *Psychologie de la bienveillance professionnelle: Concepts, modèles et dispositifs* (pp. 69-83). Dunod. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.berna.2016.01.0069>
- Colombat, P., Mitaine, L., & Gaudron, S. (2001). Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie*, 7(1), 54-59.
- Cosnier J. (1993). Les interactions en milieu soignant. Dans J. COSNIER., M. GROJEAN & M. LACOSTE. *Soins et communication - Approches interactionnistes des relations de soins*, (pp. 17-32). Presse Universitaire de Lyon. [http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/III-6\\_Les\\_interactions\\_milieu\\_soignant.pdf](http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/III-6_Les_interactions_milieu_soignant.pdf).
- Cummings, G-G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., Butler, L. & Conlon, M. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 508-518. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00897.x>.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentation sociales. Dans G. Lo Monaco., S. Delouvé & P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales* (pp. 85-102). De Boeck. <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01648424>.
- Delavois, B., Trouiller, M., & Casenaz, V. (2013) L'accompagnement en fin de vie. Dans M. Schmitt (Eds.), *Bienveillance et qualité de vie* (pp. 139-159). Elsevier Masson.
- 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., Bernaud, J-L. & Machado, T. (2019). De l'auto-efficacité au bien-être psychologique au travail des psychologues de l'éducation nationale : quels effets des échanges leader membre ?. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 48(3), 382-415. <https://doi.org/10.4000/osp.11249>.
- Doublet, D., Lemaire, M., Damourette, V., Derousseaux, F-X., & Blond, S. (2002). Accompagnement de fin de vie et souffrance des soignants. *Douleur et Analgésis*, 15, 101-105. <https://doi.org/10.1007/BF03009398>.
- Estryn-Behar, M., Lassaunière, J-M., Fry, C. & de Bonnières, A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités



- (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie *Medecine Palliative*, 11, 65-89. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2011.07.001>.
- Fillion, L., Desbiens J.-F., Truchon, M., Dallaire, C. & Roch, G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 127-136. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0321-7>.
- IRSST. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmière*. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf?v=2021-06-17>.
- Grosjean, V. (2004). Le bien-être et la santé au travail. Position du problème. *Notes scientifiques et technique de l'INRS*, 241. <https://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/4184/NS24>.
- Gunnarsdottir, S., Clarke, S-P., Rafferty, A-M & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal Nursing Studies*, 46(7), 920–927. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007>.
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G-I., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices : Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 582-592. <http://doi.org/10.1111/jan.12860>.
- Liden, R-C. & Maslyn. J-M. ( 1998). Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development. *Journal of Management*, 24(1), 43-72. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(99\)80053-1](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(99)80053-1).
- Lissandre, S., Abbey-Huguenin, H., Bonnin-Scaon, S., Arsene, O., & Colombat, P. (2008). Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie*, 10, 116–124. <https://doi.org/10.1007/s10269-007-0774-2>.
- Loriol, M. (2003) Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *Presse Universitaires de France*. 53(2), 459-485. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2003-2-page-459.htm>.
- Vagharseyyedin, S-A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). Quality of work life : Experiences of Iranian nurses. *Nursing and Health Sciences*, 13(1), 65-75. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00581.x.
- Martin, C., & Le Bihan, B. (2010). Vieillesse. Dans D. Fassin & B. Hauray (Eds.). *Santé publique. L'état de savoir* (pp. 257-268). La découverte. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166698>.
- Mayfield, J., & Mayfield, M. (2006). The benefits of leader communication on part-time worker outcomes: A comparison between part-time and full-time employees using motivating language. *Journal of Business Strategies*, 23(2), 131–153.
- Mayfield, M.R., & Mayfield, J-R (2009). The role of leader follower relationship in leader communication : A test using the LMX and motivating language models. *The Journal of Business Inquiry*, 8(1), 65-82. <https://journals.uvu.edu/index.php/jbi/article/view/208>.
- Nelson, K., Boudrias, J-S., Brunet, L., Morin, D., De Civita, M., Savoie, A., & Alderson M. (2014). Leadership and psychological well-being at work of nurses : The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1(2), 90-101. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.001>
- Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2020). Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients—The mediating role of job burnout. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000421>.
- Onyishi, I. E., Enwereuzor, I. K., Ogbonna, M. N., Ugwu, F. O., & Amazue, L. O. (2019). Role of career satisfaction in basic psychological needs satisfaction and career commitment of nurses in Nigeria: A self-determination theory perspective. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(4), 470–479. <https://doi.org/10.1111/jnu.12474>.

- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (Ed.), *Théories et méthodologies de la recherche* (pp. 409- 443). Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Saint-Michel, S., & Wielhorski, N. (2011). Style de leadership, LMX et engagement organisationnel des salariés : le genre du leader a-t-il un impact ?. @ *GRH*, 1(1), 13-38. <https://doi.org/10.3917/grh.111.0013>.
- Scandura, T. A., Graen, G. B., & Novak, M. A. (1986). When managers decide not to decide autocratically: An investigation of leader-member exchange and decision influence. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 579-584. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.4.579>.
- Schmitt, M., & Ghadi, V. (2013). Qualité de vie au travail des professionnels, bienveillance des personnes accueillies et de leurs proches. Dans M. Schmitt (Eds.), *Bienveillance et qualité de vie* (pp. 139-159). Elsevier Masson.
- Settoon, R. P., Bennett, N., & Liden, R. C. (1996). Social exchange in organizations: Perceived organizational support, leader-member exchange, and employee reciprocity. *Journal of Applied Psychology*, 81(3), 219-227. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1037/0021-9010.81.3.219>.
- Simard, J. (2014). Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : Entre idéal de soin et juste distance. *Frontières*, 26(1-2). <https://doi.org/10.7202/1034385>.
- Terpstra-Tong, J., Ralston, D-A., Treviño, L-J., Naoumova, I., de la Garza Carranza, M.T., Furrer, O., Li, Y. & Darder, F-L. (2020). The quality of leader-member exchange (LMX): a multilevel analysis of individual-level, organizational-level and societal-level antecedents. *Journal of International Management*, 26(3). <https://doi.org/10.1016/j.intman.2020.100760>.
- Trépanier, S-G., Fernet, C. & Austin, S. (2015). A longitudinal investigation of workplace Bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(1), 105-116. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037726>.
- Vega, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences Sociales et Santé*, 15(3), 103-132.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. & Trudel, L. (2006). Définir les risques: Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(3), 32-38. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/arss.163.0032>.
- Wayne, S. J., & Ferris, G. R. (1990). Influence tactics, affect, and exchange quality in supervisor-subordinate interactions: A laboratory experiment and field study. *Journal of Applied Psychology*, 75, 487-499. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.75.5.487>.
- Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention : an evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246-258
- Weppe, H. (2019). Les managers intermédiaires face à l'absentéisme à l'hôpital. En quoi les managers intermédiaires contribuent-ils à la lutte contre l'absentéisme du personnel soignant ? (Mémoire de master, Université de Lille ). Pépite-depot.univ-lille2. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3a497fcb-09df-43ac-ad2b-49f79d0c6830>.
- Yürür, S., & Sarikaya, M. (2012). The effects of workload, role ambiguity, and social support on burnout among social workers in Turkey. *Administration in Social Work*, 36(5), 457-478. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.613365>

## 9. Annexes

### Annexe 1. Grille d'entretien et Questions Socio-démographiques

Thématiques	Questions	Objectifs
<b>Bien-être au travail</b>  (composante de la santé psychologique au travail)	Dans votre travail, qu'est-ce qui vous rend heureux/heureuse au travail ou qu'est-ce qui vous apporte du bien-être ?	Analyse du bien-être des soignants
	Quels sont pour vous les facteurs ou causes importants pour votre bien-être ?	Analyse des facteurs amenant au bien-être
	Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à améliorer vos conditions de travail ?	
	Selon vous, quels seraient vos besoins pour être satisfait au travail ?	
<b>Détresse au travail</b>	Vous sentez vous en détresse au regard de votre travail ?	Analyse des facteurs amenant à la détresse
<b>Soutien organisationnel, psychosocial et hiérarchique (LMX)</b>	Vous sentez vous guidé / soutenu par : Les collègues ? Votre hiérarchie de proximité ? Le top management de votre établissement ? Autre ?	Analyse des formes de soutien social et de la qualité de la relation manager / collaborateur dans l'environnement professionnel
<b>Ambiance et climat de travail</b>	Comment jugez-vous l'ambiance qui règne dans votre lieu de travail (entre collègues, avec la hiérarchie)?	Analyse des inducteurs de l'ambiance et du climat de travail et de la sécurité psychosociale
	Comment cela se passe-t-il au quotidien entre équipes et au sein des équipes médicales ?	
	Avez-vous de réunions régulières ?	
	Des mesures sont-elles prises au niveau des services pour vous accompagner et vous permettre de vous concerter ? Les estimez-vous efficaces ?	
<b>Ressources</b>	Quelles sont les ressources, les valeurs qui vous	Analyse des formes de ressources

<b>personnelles</b>	paraissent importantes pour assurer l'accompagnement des patients?	personnelles
	Quelles sont vos ressources en tant que personne, pour votre métier (atouts, compétences, estime de soi, personnalité, gestion des émotions, croyances religieuses, etc.)	
<b>Charge de travail</b>	Comment percevez-vous votre charge de travail ?	Analyse de la charge de travail
	Qu'est ce qui est plus lourd ? L'aspect physique, moral, émotionnel, ou les conflits dans vos missions, rôles ?	
	Comment prenez-vous les décisions difficiles au regard des patients en fin de vie?	
<b>Formation</b>	Avez-vous reçu des formations en précisant si cela a été une formation initiale et/ou continue ?	Analyse de la formation initiale et/ou continue
	Si oui, lesquelles ?	
	Si non, que vous manque-t-il pour mieux aborder les situations rencontrées ?	
<b>Gestion des émotions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposez-vous de formations à la gestion des émotions ?</li> <li>- Disposez-vous de formations aux risques psychosociaux (burnout, addictions...) ?</li> <li>-Avez-vous des réunions régulières pour évoquer les cas difficiles liés aux patients ?</li> <li>-Avez-vous la possibilité de rencontrer un psychologue en entretien individuel ?</li> <li>-Avez-vous des groupes de paroles ?</li> <li>-Avez-vous des ateliers sur la gestion des émotions animés par des psychologues ?</li> <li>-Avez-vous des possibilités de relaxation formelle pour le personnel ?</li> <li>-Avez-vous une possibilité cooptée par le service de vous retirer pour évacuer les émotions ?</li> <li>Autre ...</li> </ul>	Repérage des mesures mises en place pour la gestion des émotions
<b>Connaissance du cadre juridique et des modalités de sa mise en œuvre</b>	Quelles dispositions ou notions juridiques connaissez-vous des soins palliatifs en établissement de santé ?	Analyse de la connaissance du cadre juridique et de ses modalités de mise en œuvre
	Connaissez-vous des textes de loi sur le consentement éclairé ?	
	Qu'en pensez-vous ?	
	Connaissez-vous des textes juridiques sur la personne	

	de confiance, son rôle ?  Que pensez-vous de ces textes ?	
	Connaissez-vous les textes sur les directives anticipées? Qu'en pensez-vous ?	
	Que pensez-vous de l'obstination déraisonnable ?	
	Que pensez-vous du droit à une fin de vie digne selon le code de santé publique ?	
	Que pensez-vous des modalités de mise en œuvre de la sédation profonde et continue altérant la conscience et maintenue jusqu'au décès ?	
<b>Clôture de l'entretien et remerciements</b>	Avez-vous d'autres éléments à ajouter ? Concernant votre travail Concernant cet entretien?	

### Questions sociodémographiques

Nous vous demandons, s'il vous plaît, de répondre à toutes les questions sociodémographiques et sur l'environnement professionnel. Elles sont décontextualisées et anonymes Par avance merci.

Votre âge : ..... ans

Votre sexe :  F  H

Votre statut familial :  Seul  En couple

Formation initiale :  < Bac  Bac à Bac+2  Bac+3 à +4  Bac+ 5 et plus

Nombre d'années d'expérience professionnelle : ..... année(s)

Dans quel type d'établissements travaillez-vous ?

- Service Hospitalier
- EPHAD
- CHU
- HAD


Quel est le service dans lequel vous travaillez ?

- Service hospitalier
- Unité de soins longue durée
- Lits identifiés soins palliatifs
- Unité de soins palliatifs

- Equipe mobile de soins palliatifs
- Autre : Précisez : .....

**Vous travaillez en tant que :**

- Médecin
- Interne en médecine
- Cadre de Santé
- Sage-Femme
- Infirmier-ère
- Aide-Soignant-e
- Agent de Service Hospitalier
- Cadre administratif
- Autre. Précisez :

Depuis quand êtes-vous à ce poste ? : ..... année(s)

Poste occupé à :  Temps plein  Temps partiel  Autre : précisez .....

Nombre d'heures travaillées par mois ? ..... heure(s)

Rythme de travail  Jour  Nuit  2\*12h

Encadrez-vous des personnes ?  OUI  NON

Si oui, combien de personnes ? : ..... personne(s)

Nombre de lits dans le service ? Préciser lits classiques ..... lits H.J. ....

Pour ce nombre de lits, combien de personnes appartiennent à cette équipe ? .....

**Veillez, s'il vous plaît, vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions de notre étude.**

Éventuellement, commentaires libres

.....

.....

.....

.....



Université de Lille,  
Recherche sur l'Accompagnement de la fin de vie : regards croisés des professionnels de santé : Enquêtes auprès des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de la région des Hauts de France

**Lettre d'information à destination des directions des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux de la région des Hauts de France aux enquêtes qualitative et quantitative dans le cadre du projet de recherche AcSoiVie**

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux de la région des Hauts de France,

Cette lettre d'information vise à vous présenter notre projet de recherche multidisciplinaire et à obtenir votre acceptation pour votre soutien logistique dans la réalisation des enquêtes quantitatives (questionnaire auprès des soignants) et qualitatives (entretiens auprès des soignants) indispensables à sa réussite. **Ce projet de Recherche nommé AcSoiVie a été accepté et validé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Lille**

Le projet de recherche AcSOI-VIE financé par l'Université de Lille, a plusieurs objectifs. Il cherche à mesurer les conditions de travail des personnels de santé qui accompagnent les personnes en fin de vie. Il cherche à mesurer les formations et les soutiens reçus au regard des exigences et charges représentées par ces activités de travail. Il mesure les liens entre ces éléments et les dispositions législatives relatives à la fin de vie. Il explore la mise en œuvre des dispositions liées à la fin de vie mises en œuvre par les soignants. Il évalue la nécessité ou non d'adopter de nouvelles règles ou dispositifs.

Toutes les informations recueillies dans le cadre des entretiens réalisés et des enquêtes quantitatives diffusées se verront appliquer les règles de la confidentialité et de l'anonymat des répondants.

Nous vous sollicitons aujourd'hui, d'une part, afin d'obtenir votre accord pour la réalisation au sein de votre établissement **d'entretiens individuels qualitatifs** de moins d'une heure auprès d'un médecin, d'un cadre de santé, d'un infirmier, d'un aide-soignant et d'un cadre administratif,

D'autre part, nous sollicitons votre aide pour la diffusion, par vous, en interne auprès des différents professionnels de vos établissements **du lien renvoyant au questionnaire (15 à 20 minutes)** en ligne que chaque soignant pourra remplir lorsqu'il le souhaitera.

Vous remerciant par avance de votre collaboration à la réussite de notre projet de recherche,

L'équipe d'AcSOI-Vie

Johanne Saison, Sophie Fantoni, Pascale Desrumaux, Eric Dose

Pour tout contact

Pour le projet : Sophie QUINTON FANTONI [fanquin@wanadoo.fr](mailto:fanquin@wanadoo.fr) ;

Enquête quantitative Eric Dose [eric.dose@univ-lille.fr](mailto:eric.dose@univ-lille.fr)

An  
nex  
e 2  
—  
Let  
tre  
d'in  
for  
mat  
ion  
à  
dest  
inat  
ion  
de  
la  
dire  
ctio  
n  
des  
éta  
blis  
sem  
ents

## **Annexe 3 : Corpus**

### **Verbatims non joints**