

Le bien-être du personnel infirmier et la qualité des soins

Peter Van Bogaert*

Danny Van heusden*

Marie Misselyn*

Thérèse Van Durme**

* Département Soins infirmiers et Obstétrique, Université d'Anvers et Département des Soins de l'Hôpital Universitaire d'Anvers

** Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain, Bruxelles

therese.vandurme@uclouvain.be

À partir d'une synthèse de plusieurs travaux de recherche portant sur l'environnement de travail, le bien-être professionnel et la perception de la qualité des soins par les infirmiers dans 8 hôpitaux belges, les auteurs situent ces éléments dans un contexte plus large des évolutions et tendances actuelles et futures au sein des organisations hospitalières. Les résultats forment un plaidoyer pour l'élaboration d'un cadre normatif pour les établissements de soins de santé. Ce cadre devrait fournir une réponse aux nombreux défis posés aux soins de santé, confrontés aux exigences liés à la performance. En outre, s'il est appliqué, il devrait permettre une approche davantage centrée sur le patient et sa famille, en tant que partenaires de soins et de santé.

Les transformations au sein des soins de santé

Dans le cadre de la mondialisation actuelle, les entreprises et les organisations sont soumises à des évolutions et tendances diverses. Les établissements de soins de santé n'échappent pas à la règle. Depuis une dizaine d'années, les hôpitaux en Belgique sont en pleine mutation, et ce à une vitesse et avec une intensité croissante. Les influences les plus marquantes proviennent de la science et de la technologie. Ces influences ne se limitent toutefois pas aux actions médicales intra muros. Elles s'observent également dans d'autres domaines tels que les soins (paramédicaux et infirmiers), les fonctions de soutien et l'évolution vers une approche plus intégrée des soins (il suffit de penser à l'importance croissante de la pratique *evidence-based*, l'informatisation, le rôle des soins à domicile et de l'aidant proche...).

Ces établissements sont également soumis à l'évolution des lois et des réglementations, ainsi

qu'aux directives en matière de justifications des soins et des résultats des soins hospitaliers, incluant les critères de qualité et de sécurité du patient (p.ex. le contrat SPF Quality et Patient Safety, le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière, la Zorginspectie Vlaanderen avec le projet Vlaams Quality Indicator).

Cette évolution s'observe également au niveau de l'enseignement, chez les soignants et dans les associations de défense d'intérêts, en particulier pour ce qui est de l'implication et la participation grandissante du patient et de sa famille. Un grand nombre d'hôpitaux sont à la recherche d'un leadership plus adaptatif et d'une culture et structure organisationnelles plus efficaces. Il s'agit là d'un processus continu d'essais et erreurs où la collaboration interprofessionnelle et l'organisation continue des soins prennent une place de plus en plus importante. Le processus d'accréditation qui a commencé récemment en Flandre constitue une tendance et une pression supplémentaires pour transformer formellement l'ensemble de l'organisation dans un délai donné et selon une politique bien déterminée de directives et de procédures, le tout axé sur les résultats. Il s'ensuit que tous les acteurs impliqués doivent se mobiliser, depuis les soignants, équipes de soins, fonctions de soutien, à la direction, à tous les niveaux hiérarchiques.

La direction et les équipes de soins

La littérature sur la gestion d'entreprise recherche sans cesse des réponses afin de pouvoir organiser ces organisations de manière performante et de les protéger de toutes sortes de menaces, tout en maintenant leur position concurrentielle. Les soins de santé ont tout intérêt à appliquer ces connaissances et idées à leurs propres questions organisationnelles et ce d'autant plus, que ces règles économiques et financières auront un impact plus important sur la viabilité et prestations de ces organisations de soins de santé.

La littérature nous apprend également que les dirigeants sont actifs dans quatre domaines apparemment paradoxaux suivants ^{1, 2}: (1) L'encadrement des employés en tant qu'individus et en tant qu'équipe avec les mots-clefs **collaboration** et **implication**. (2) L'organisation et l'évaluation des processus de soins, processus de soutien par des accords, des procédures, des directives avec les mots-clefs **stabilité** et **continuité**. (3) La définition d'objectifs et l'évaluation des résultats avec les mots-clefs **productivité** et **rentabilité**. (4) L'accompagnement des processus de changement avec les mots-clefs **changement** et **adaptabilité**.

Nous pouvons donc nous poser la question si le changement et l'adaptabilité sont toujours mis en œuvre de manière réussie dans les hôpitaux. En effet, ces derniers subissent des changements importants à plusieurs niveaux. Ces changements rendent-ils les soignants

(médecins, infirmiers, paramédicaux et autres) plus capables pour autant ? Ces derniers sont-ils en mesure de pérenniser ces changements ? En effet, la capacité d'adaptation et d'apprentissage des équipes et organisations pour mettre en œuvre le changement et l'innovation, sans pour autant mener à l'incertitude et au chaos, est un défi majeur maintenant et dans le futur. Les idées et les compétences requises pour les quatre domaines mentionnés plus haut concernent non seulement les gestionnaires mais aussi les équipes de soins. Les équipes performantes - de préférence interprofessionnelles - joueront un rôle de plus en plus proéminent au sein des hôpitaux³.

C'est pourquoi nous formulons les questions suivantes:

- Que signifient ces évolutions actuelles dans les hôpitaux et les soins de santé pour les équipes de soins interprofessionnelles et les dirigeants, et quels sont les facteurs pour un changement réussi ?
- Comment évoluer vers des équipes performantes tout en combinant professionnalisme et résultats positifs (ciblant le patient, qualité et sécurité) avec bien-être professionnel (cf. burnout versus implication) des soignants (entre autres, médecins, infirmiers et paramédicaux) ?

L'évolution vers une approche proactive

Nelson & Burns⁴ décrivent l'évolution des équipes, partant d'équipes répondantes, proactives vers des équipes de haute performance. Ce sont des équipes qui évoluent à partir d'un esprit d'équipe sain et positif et dont les membres respectent les règles et les accords (*répondants*), vers des équipes qui peuvent anticiper les problèmes complexes, tout en partageant une vision et des valeurs communes (proactives). Pour finir, nous observons des équipes innovantes et créatives dont les prestations dépassent les attentes (*haute performance*). Les équipes proactives et/ou de *haute performance* se constituent rarement par hasard. En effet, certaines caractéristiques et conditions sont nécessaires afin de former des équipes solides orientées vers des résultats. Les conclusions de la recherche scientifique en cours apportent une meilleure compréhension et quelques pistes.

Résultats du projet scientifique

Depuis 2009 jusqu'à ce jour, notre projet scientifique investigate l'environnement de travail des infirmiers dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et les centres de soins résidentiels belges. Le projet de recherche s'est fondé sur des questionnaires écrits interrogeant des infirmiers, aides-soignants et aides logistiques. Les échelles de mesure utilisées dans

l'enquête sont des échelles utilisées internationalement, traduites en néerlandais et en français et validées auprès de populations différentes^{5,6, 8}. La méthode de recherche est basée sur des tests de modèles théoriques (voir Figure 1)⁶⁻⁸ et sur l'examen d'associations au niveau de l'équipe^{9, 10}. Le présent article présente les résultats des analyses réalisées auprès d'une population de 1201 infirmiers (voir description Tableau 1)⁸.

Dans cette population 8,3% se dit insatisfaite de son travail actuel, 5,9% a l'intention de quitter son employeur et plus d'un infirmier sur dix souhaite quitter la profession. Ce sont des chiffres modérés en comparaison avec une recherche européenne récente¹¹. Un infirmier sur 8 estime que la qualité des soins dans son unité est modérée à faible (par rapport à bonne ou excellente), et un sur dix estime la qualité modérée à faible au courant du dernier shift. Plus d'un répondant sur trois trouve que la qualité dans l'hôpital a (certainement) régressé (par rapport à s'est (certainement améliorée)).

L'environnement de travail a également été évalué : dans quelle mesure les répondants sont-ils plus ou moins d'accord avec des affirmations relative à la relation infirmier-médecin (3 éléments)*, la gestion infirmière dans l'unité** (13 éléments) et la gestion hospitalière & le soutien organisationnel*** (15 éléments)⁵. La gestion hospitalière et le soutien organisationnel ont été évalués de façon négative (voir Tableau 2a; valeur médiane < 2,5). En revanche, la relation infirmier-médecin est évaluée de façon relativement positive (Tableau 2a; valeur médiane $\pm$ 3). Pour ce qui est des caractéristiques de l'activité infirmière, la charge de travail est évaluée de façon négative, tandis que la marge décisionnelle et la collaboration l'est de façon relativement positive (Tableau 2a; valeur médiane 3). Un sur trois infirmiers obtient des scores élevés à très élevés sur les items liés à l'épuisement émotionnel et deux sur trois quand il s'agit de dévouement (voir Tableau 2b).

*Les médecins et les infirmiers ont une bonne collaboration professionnelle.

** L'infirmier-chef consulte les infirmiers au sujet des problèmes journaliers et des procédures.

***Les infirmiers sont impliqués dans la gestion de l'hôpital (pratique et organes de gestion).

A la recherche d'associations

Le modèle théorique (voir Figure 1)⁸ montre que la charge de travail perçue est associée de façon négative avec la façon dont les infirmiers évaluent la gestion de l'hôpital, ce qui représente **un facteur de risque** pour le burnout et **une menace** pour la qualité des soins, la satisfaction professionnelle et l'intention de quitter l'organisation. En outre, la façon dont les

infirmiers évaluent la gestion de l'hôpital est associée de façon positive avec la satisfaction de travail et l'absence d'intention de quitter l'hôpital via les compétences personnelles. Le modèle montre également que le pouvoir de décision et la collaboration sont des **facteurs de protection** pour les sentiments de burnout et la perception positive de la qualité des soins et de la satisfaction professionnelle ainsi que l'absence d'intention de quitter l'emploi. Ces deux facteurs sont surtout associés de façon positive à une gestion infirmière de l'unité perçue comme favorable. De plus, la marge décisionnelle est associée positivement à une relation infirmier-médecin favorable.

La façon dont la gestion infirmière est perçue au sein de l'unité est déterminée également par la perception de la gestion de l'hôpital et la relation infirmier-médecin. L'expérience positive du climat de gestion infirmière est associée positivement à la qualité des soins, à la satisfaction professionnelle et à l'intention de rester dans l'emploi. Le modèle est confirmé statistiquement auprès la population d'étude sur base d'un nombre de paramètres d'ajustement et explique respectivement 47% et 54% de la variation (R^2) de la perception infirmière de la qualité des soins et d'aspects liés au travail ⁸.

Une analyse plus poussée montre que la variation de toutes ces variables d'étude est également corrélée de façon significative par l'équipe à laquelle l'infirmier appartient^{9, 10}, en d'autres termes, les expériences individuelles sont également conditionnées par les expériences au sein des équipes.

Vers une organisation de soins axée sur des résultats

Wolf et Greenhouse¹² ont identifié trois aspects primordiaux pour stimuler un travail d'équipe de répondants pour aller vers un niveau plus proactif : (1) Une structure hiérarchique organisationnelle horizontale avec une préférence pour des décisions au niveau de l'équipe. (2) Un style de gestion participatif, où l'information est partagée avec des responsables infirmier visibles et accessibles (3) des relations interdisciplinaires positives dans lesquelles le respect mutuel prime.

Nous reconnaissons ces aspects cruciaux dans nos travaux de recherche. Une bonne relation infirmier-médecin dans un contexte interprofessionnel est une condition pour un environnement de travail favorable qui donne suffisamment de marge décisionnelle à ses membres et qui, de plus, soutient et encourage la collaboration. Une structure organisationnelle horizontale, ainsi qu'une culture où les *rappports hiérarchiques* sont

abandonnés dans toute l'organisation, encouragera les prestataires de soins à organiser les soins de manière plus proactive et plus déterminée. La capacité d'adaptation et d'apprentissage d'une organisation dépendront de sa capacité à créer et soutenir ces caractéristiques et conditions organisationnelles. Cela nécessitera cependant une vision et une stratégie de la part de la direction générale, ainsi que certaines compétences spécifiques qui devront être développées par les soignants et les équipes de soins.

Il s'ensuit qu'il faut envisager à la fois une approche *top down* pour le contexte et la définition d'objectifs, et *bottom up* pour créer un cadre de soutien et trouver la façon dont ces objectifs seront mis en œuvre dans la réalité quotidienne des soins sur le terrain. L'Institute of Medicine, une a.s.b.l. et ONG américaine, propose une approche dite de '*clinical microsystem*'³ comme exemple où les professionnels de santé s'organisent de façon interprofessionnelle et égalitaire autour d'un groupe de patients en partageant les informations, en choisissant ensemble les objectifs de soins, en les opérationnalisant et en les ajustant avec l'implication du patient et de sa famille dans le cadre d'une organisation plus large (cf. département, hôpital). Il s'agit ici d'un exemple de la façon dont des organisations mettent à la disposition des structures et des ressources pour les soignants, permettant à ces derniers de déterminer eux-mêmes les objectifs et de les réaliser en faveur d'une remise en question continue et d'une amélioration des soins et des processus de (cf. *empowerment* structurel). Les hôpitaux ont besoin d'une structure et d'une culture qui soit suffisamment flexible et adaptative. La réponse se situe au niveau de la capacité des soignants, qu'ils soient infirmiers, paramédicaux ou médecins, à vouloir et pouvoir s'ajuster à un cadre interprofessionnel, guidés toutefois par des lignes hiérarchiques.

Conclusion

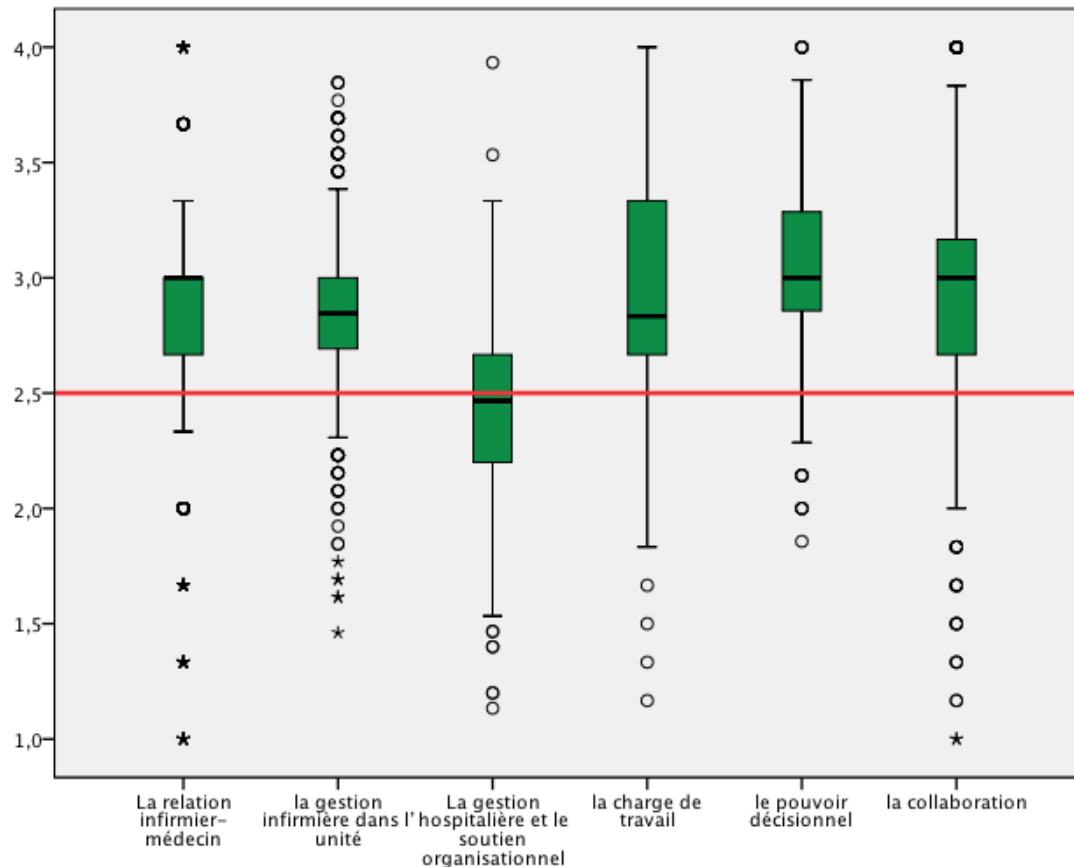
Une bonne collaboration, des processus stables, un accent mis sur les résultats et une capacité d'adaptation et d'apprentissage sont les compétences requises pour que les équipes de soins soient proactives, en réponse aux demandes en constante évolution, urgentes et exigeantes adressées aux organisations de soins telles que les hôpitaux. Ceci peut être obtenu grâce à un partenariat entre les cadres supérieurs, les cadres et les soignants, dans un souci continu de dispenser des soins de qualité et d'assurer la sécurité des patients

.Tableau 1.Caractéristiques de la population d'étude

N = 1201		Moyenne	SD
Age		38.3	10.3
Nombre d'années comme infirmier		15.3	10.3
Nombre d'années dans l'unité /service actuel		9.5	8.8
		N	%
Femme		1023	85,2
Bachelier infirmier		919	76,5
Master infirmier et obstétrique		21	1,8
Régime de travail 50% ou moins		358	29,8
Régime de travail 75% ou plus		722	60,1

L'étude a été organisée dans deux hôpitaux (± 600 lits) en Flandre et un groupe de 6 hôpitaux (de 125 à 320 lits) en Wallonie. Tous les hôpitaux se situaient dans une zone urbaine. L'étude a utilisé un questionnaire écrit validé auprès d'infirmiers, sages-femmes et aides-soignants travaillant dans divers services hospitaliers (chirurgie, médecine interne, soins intensifs), des hôpitaux de jour et des salles d'opération, impliquant les soins adultes et pédiatriques.⁵⁻⁷. Le niveau de réponses à l'enquête interrogeant les hôpitaux variait de 44% à 74%. L'échelle de mesure pour l'environnement de la pratique infirmière (nurse practice environment) provient de la recherche liée aux Magnet Hospitals aux Etats-Unis. D'autres échelles de mesure ont été ajoutées (nurse work characteristics) afin de développer un modèle théorique robuste qui prenne en compte le contexte infirmier en fonction de ses effets sur le bien-être professionnel et la qualité des soins. Les résultats rapportés ici sont liés uniquement au personnel infirmier.

Tableau 2a:Dimensions de la boîte à moustaches: environnement de la pratique infirmière (nurse practice environment) et caractéristiques de travail (work characteristics)



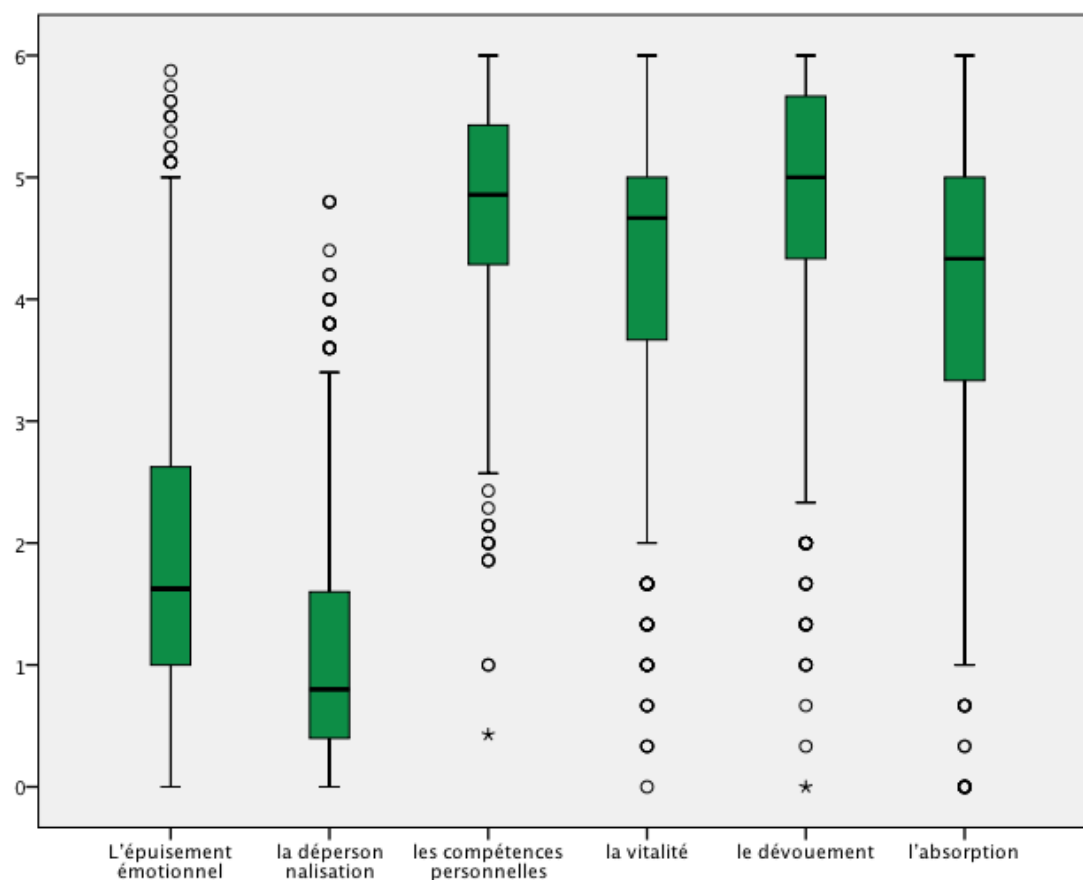
Axe Y: échelle à 4 points (1) pas du tout d'accord, (2) pas d'accord, (3) d'accord, (4) tout à fait d'accord avec les affirmations. Une valeur de dimension de 2,5 est considérée comme ni d'accord ni pas d'accord, une valeur de dimension de 3 est considérée comme plutôt d'accord.

La relation infirmier-médecin, la gestion infirmière dans l'unité, le pouvoir décisionnel (decision latitude) et la collaboration (social capital) ont une valeur médiane de ± 3 (plutôt d'accord ou favorable). La variable « gestion infirmière » a une distribution faible; la charge de travail perçue (workload) a la distribution la plus grande, une valeur élevée révèle la perception d'une charge de travail perçue comme importante. La gestion hospitalière et le soutien organisationnel obtiennent une valeur médiane de moins de 2,5 ce qui signifie que les infirmiers n'étaient dans une large mesure pas d'accord avec les affirmations.

Les variables suivantes sont corrélées de manière significatives à l'équipe à laquelle le

répondant appartient : la variation de la relation infirmier-médecin, la gestion infirmière au sein de l'unité, la gestion hospitalière et le soutien organisationnel, la charge de travail perçue, le pouvoir décisionnel et la bonne collaboration ^{9,10}En d'autres mots, le niveau d'accord d'un répondant avec les déclarations proposées dans les 6 dimensions n'est pas seulement basée sur l'opinion individuelle (perception) mais aussi sur les opinions au sein des équipes.

Tableau 2b. Boite à moustaches des dimensions burnout et engagement.



Axe Y: échelle à 7 points (0) jamais, (1) presque jamais, (2) rarement, (3) parfois, (4) souvent, (5) presque toujours, (6) toujours, illustrant dans quelle mesure les sentiments décrits sont présents. Des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et des scores faibles pour les compétences personnelles sont une indication pour des sentiments de burnout. Des scores élevés pour la vitalité, le dévouement et l'absorption sont une indication pour l'engagement.

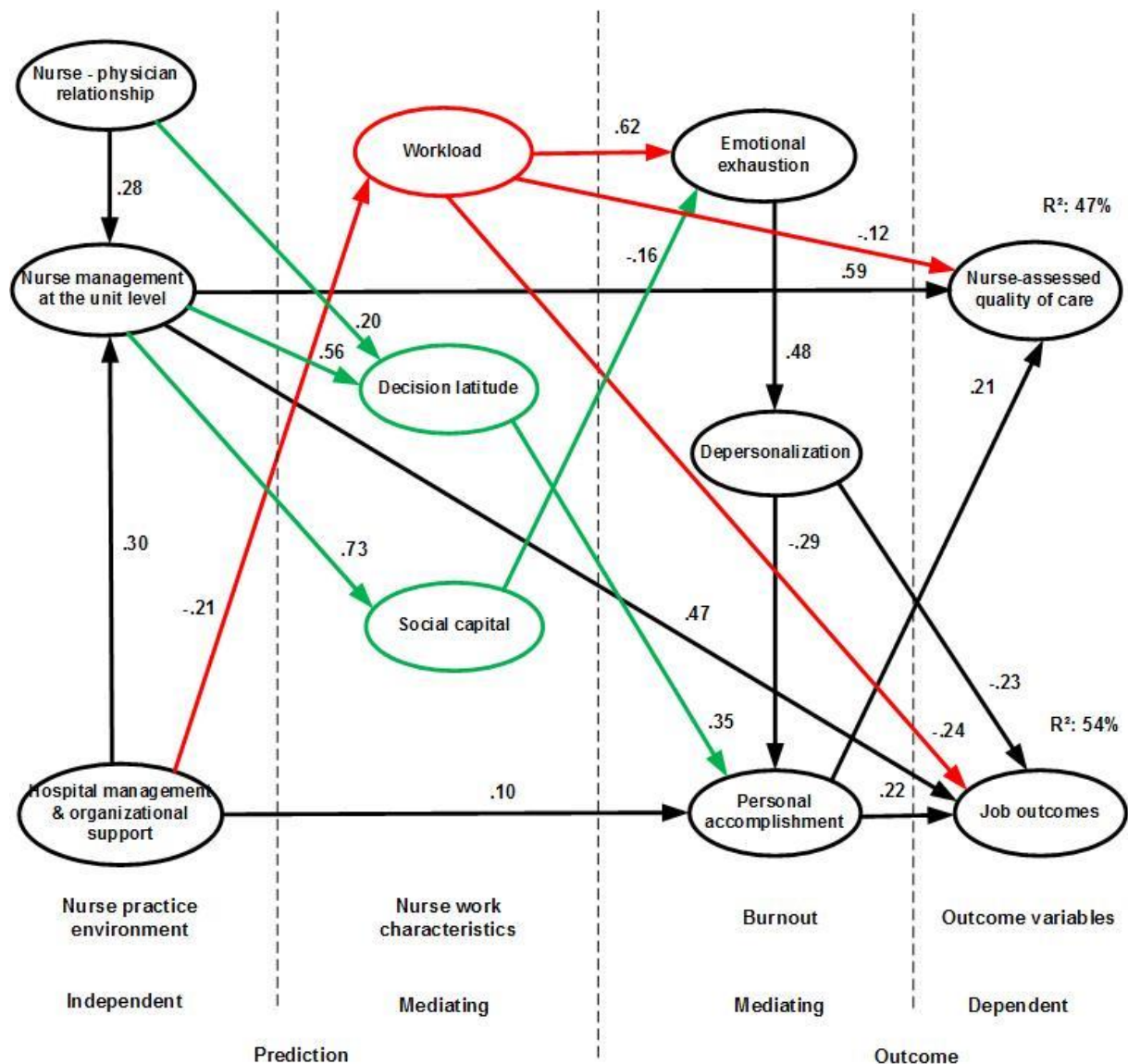
L'épuisement émotionnel a la distribution la plus large et comporte également une valeur médiane plus élevée que la dépersonnalisation. Selon la valeur de la norme néerlandaise de van Schaufeli et Van Dierendock¹³, 34% de cette population d'étude a un score élevé à très élevé pour l'épuisement émotionnel; 18,7% a une valeur élevée à très élevée pour la dépersonnalisation et 7,8% a un score faible à très faible pour la compétence personnelle. Nous pouvons parler d'une indication pour le burnout chez un individu quand il obtient un score élevé à très élevé pour au moins deux des trois dimensions. Le constat clinique de burnout est réalisé lors d'un entretien approfondi avec un médecin.

Le dévouement a la valeur médiane la plus élevée et l'absorption la valeur médiane la plus

faible ainsi que la distribution la plus large. L'absorption signifie qu'on est complètement absorbé par son travail de façon agréable, et qu'on s'y fonde de sorte que le temps s'arrête et qu'il est difficile de s'en libérer¹⁴. Selon la valeur de norme de Schaufeli et Bakker¹³ 44,7 %, 65% et 55% de la population de cette étude a respectivement une vitalité, un dévouement et une absorption élevée à très élevée.

La variation en burnout et en engagement est également déterminée de façon significative par l'équipe^{9,10,15}. En d'autres termes, les sentiments de burnout et l'engagement ne sont pas seulement une expérience individuelle mais aussi l'expérience vécue au sein des équipes.

Figure 1. Modèle théorique de l'environnement de la pratique infirmière comprenant les caractéristiques de travail et le burnout. Les variables de résultat présentées sont les résultats par rapport à l'emploi et à l'évaluation de la qualité des soins par les infirmiers (n = 1201).



Une charge de travail (workload) perçue comme élevée est associée à un épuisement émotionnel (important) et directement ou indirectement à une perception négative de la qualité des soins et des aspects liés au travail (satisfaction au travail, absence d'intention de quitter son emploi et son employeur). La charge de travail perçue est un facteur de risque pour le burnout et une menace pour la qualité des soins perçue, la satisfaction de travail et l'intention de quitter son emploi.

Le pouvoir décisionnel (decision latitude) et la collaboration (social capital) sont associés négativement à l'épuisement émotionnel. Par contre, ils sont associés, positivement aux compétences personnelles et ont un impact indirect positif sur la perception de la qualité des soins par les infirmiers et les aspects liés au travail (satisfaction du travail, absence d'intention de quitter son emploi et la profession). Le pouvoir décisionnel et la collaboration sont des facteurs de protection pour les sentiments de burnout et soutiennent la qualité, la satisfaction du travail et les intentions de quitter son emploi.

Le modèle montre qu'une perception négative par les infirmiers de la gestion de l'hôpital détermine négativement la charge de travail perçue. De plus, une perception positive de la gestion infirmière de l'unité et de la relation infirmier-médecin déterminent la perception de son propre pouvoir décisionnel et de la collaboration⁸.

References

1. Quinn R. & Rohrbaugh J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science* 29, 363-377
2. Quinn R, Mcgrath M, Thompson M, St. Clair L, (2011) *Handboek management vaardigheden* 5^{de} editie Academic Service ISBN 9789039526323
3. Mohr J, Batalden P & Barach P (2004) Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Quality and Safety in Health Care* 13(Suppl. 2), ii34–ii38
4. Nelson L & Burns F (1984) *High Performance Programming: A Framework for Transforming Organizations*. Miles River Press, Alexandria
5. Van Bogaert, P., Clarke S., Vermeyen, K., Meulemans, H., Van de Heyning, P., 2009a Practice Environments and their Associations with Nurse-Reported Outcomes in Belgian Hospitals: Development and Preliminary Validation of a Dutch Adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* 46, 54-64
6. Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., Mondelaers, M., 2013 Nurse Practice Environment, Workload, Burnout, Job Outcomes and Quality of Care in Psychiatric Hospitals: A Structural Equation Model Approach. *Journal of Advanced Nursing* 69 (7) 1515-1524
7. Van Bogaert P., Meulemans H., Clarke S., Vermeyen K., Van de Heyning P., 2009 Hospital nurse practice environments, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2175 – 2185.
8. Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M, Van heusden, D., Clarke S.P., 2013 The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 50 (12) 1667-1677
9. Van Bogaert, P., Roelant, E., Clarke, S., Meulemans, H., Van de Heyning, P., 2010 Impacts of Unit-Level Nurse Practice Environment and Burnout on Nurse-Reported Outcomes: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1664-1674
10. Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K, Franck, E., Willems, R., Mondelaers, M., 2013. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies* 50 (3) 357-65
11. Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tichelman, C., Scott, A., Brzokstel, T., Kinnunen, L., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I., Smith, H., Kutney-Lee, A., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344, e1717, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>.

12. Wolf G., Greenhouse P., 2006. A roadmap for creating a magnet work environment. *Journal of Nursing Administration* 36, 458–462
13. Schaufeli W., Van Dierendonck D., 2000 Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) (Manual Utrecht Burnout Scale). Lisse: Swets Test Services.
14. Schaufeli W & Bakker A (2003) Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual. Department of Psychology,
15. Van Bogaert P., Clarke S., Willems R., Mondelaers M., 2012b, Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: Implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x