

**Faculté de santé publique**

# **Le travail et la motivation du personnel soignant dans le cadre du Covid-19**

Quelles sont les sources de la motivation du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans le service Covid-19 ?

Mémoire réalisé par : **Francis Balumuene Kabasele**

Promoteur : **Pr.Walter Hesbeen**

Année académique 2019-2020

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

**Option : Approche communautaire & Gériatrie et personnes âgées**



**Faculté de santé publique**

# **Le travail et la motivation du personnel soignant dans le cadre du Covid-19**

Quelles sont les sources de la motivation du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans le service Covid-19 ?

Mémoire réalisé par : **Francis Balumuene Kabasele**

Promoteur : **Pr.Walter Hesbeen**

Année académique 2019-2020

**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

**Option : Approche communautaire & Gériatrie et personnes âgées**

## Table des matières

Remerciements	IV
Liste d'abréviations	V
Le plagiat	VI
Avant-propos	VII
1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE	3
2.1. Etymologie et motivation	3
2.1.1. L'étymologie du mot « travail »	3
2.1.2. L'évolution du travail	3
2.1.3. L'origine du sens	4
2.1.4. Qu'est-ce que le sens du travail ?	5
2.2. La motivation au travail	6
2.2.1. Les différentes théories de la motivation	9
2.2.1.1. Les différentes théories des besoins	9
2.2.1.2. La théorie de la justice organisationnelle	11
2.2.1.3. La théorie de l'autodétermination	11
2.2.2. Que retenir de ce chapitre ?	12
2.3. Personnel soignant : théorie et contexte	15
2.3.1. Définition de l'art infirmier	15
2.3.1.1. Les rôles soignants	15
2.3.2. L'historique de la profession soignante	16
2.3.3. Formation soignante en Belgique	17
2.3.4. Les facteurs de motivation au travail des soignants	18
2.3.5. Les sources de satisfaction au travail des soignants	20
2.3.6. Les valeurs	21
2.3.7. Les facteurs des difficultés du travail des soignants	22

2.3.8.	Qu'est-ce qu'est l'éthique ?	23
2.3.8.1.	L'apport de l'éthique organisationnelle	24
2.4.	Le contexte de COVID-19	28
2.4.1.	Qu'est-ce qu'un COVID-19	28
2.4.2.	Les symptômes et le mode de transmission	28
2.4.3.	Traitement	29
2.4.4.	Situation en Belgique et en Europe	29
2.5.	Que retenir de ce chapitre ?	30
3.	CADRE PRATIQUE	32
3.1.1.	Objectif général	32
3.1.2.	Objectifs spécifiques	32
3.2.	Méthodologie de recherche	32
3.2.1.	Recueil des données	33
3.2.2.	Le guide d'entretien	33
3.2.3.	L'échantillon	33
3.2.3.1.	L'hôpital Universitaire d'Erasmus	34
3.2.3.2.	Le choix de l'unité	34
3.2.3.3.	Le choix des répondants	34
3.2.4.	La méthode d'analyse et présentation des résultats	34
3.2.5.	Le cadre éthique	35
3.3.	Résultats	36
3.3.1.	Données démographiques de l'échantillon	36
3.3.2.	Résultats des entretiens	36
3.3.2.1.	Motivation des soignants avant la crise de Covid-19	36
3.3.2.2.	La motivation des soignants pendant la crise	37
3.3.2.3.	Vécu des soignants pendant la crise de covid-19	38
3.3.2.4.	Le sens et les valeurs	39

3.3.2.5. Les sources de satisfactions	39
3.3.3. Discussion	40
3.3.4. Les forces	45
3.3.5. Les limites.	45
3.3.6. Pistes de réflexion	46
3.3.6.1. Préconisations et perspectives	46
4. CONCLUSION GÉNÉRALE	48
5. Bibliographie	51

## **Remerciements**

Dans un premier temps, je remercie mon promoteur Mr WALTER HESBEEN pour la patience, le soutien et les conseils indispensables à l'évolution de mon travail.

Je remercie également les professionnels qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions.

J'aimerais remercier plus particulièrement FERJANI PIERRICK pour ses encouragements et sa contribution précieuse à la finition de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à mes proches et à ma famille. Qu'ils retrouvent ici toute ma gratitude pour leur soutien inconditionnel.

Pour terminer, un grand merci à MOUANDZA JOSEPH pour ses encouragements, son dévouement, sa confiance et son temps consacré à la correction de ce mémoire.

## Liste d'abréviations

CEDIP : Comité européen des instructeurs de plongée professionnels.

CFAI : Conseil Fédéral de l'Art infirmier

Covid-19 : (coronavirus disease-2019),

ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

FNESI : Fédération nationale des Étudiant.e.s en Soins infirmiers

FNIB : Fédération nationale des Infirmiers de Belgique

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MERS : Syndrome respiratoire du Moyen-Orient

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Oiiq : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

RHS : Les ressources humaines pour la santé

SARS : Syndrome respiratoire aigu sévère

SPF : Service public fédéral

UE : Union européenne

## **Le plagiat**

*« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain »<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> UCL, WFSP 2298 (consulté le 28/03/2018) disponible sur : [https://moodleucl.uclouvain.be/pluginfile.php/1558761/mod\\_resource/content/1/cdc\\_m%C3%A9moire\\_fiche\\_spratiques2016-2017.pdf](https://moodleucl.uclouvain.be/pluginfile.php/1558761/mod_resource/content/1/cdc_m%C3%A9moire_fiche_spratiques2016-2017.pdf)

## **Avant-propos**

Dans ce travail, le terme soignant sera utilisé à maintes reprises. Afin d'éviter toute confusion, ce terme fait référence, dans ce cas-ci, aux infirmiers et infirmières uniquement. Étant moi-même infirmier, ce travail décrit mon vécu en tant que professionnel soignant, qu'il convient de différencier des autres praticiens.

## 1. INTRODUCTION

Le choix du sujet de ce mémoire a été marqué par de nombreux rebondissements. J'ai terminé mes études d'infirmier en 2017. Par la suite, j'ai eu l'opportunité de travailler dans plusieurs institutions en tant qu'intérimaire et plus particulièrement dans la Région de Bruxelles-Capitale. Au cours de mes interventions, à maintes reprises, j'ai été surpris de voir que, dès le matin, des collègues fondaient en larmes à cause de la fatigue, de l'épuisement, mais surtout du sentiment d'être dépassés par les tâches à réaliser. Leurs plaintes m'ont permis de me questionner sur la signification première du terme « travail ». En effet, selon Méda (2010), le travail est « *une activité humaine, coordonnée, rémunérée, consistant à mettre en forme une capacité ou une donnée pour l'usage d'autrui, de manière indépendante ou sous la direction d'un autre en échange d'une contrepartie monétaire* ». Cet auteur souligne la notion de tâche à effectuer en échange d'une rémunération. Cette vision du travail amène non seulement à ignorer d'autres activités qui ne sont pas rémunérées, mais elle ne prend pas non plus en compte l'énergie, ainsi que les ressources, que l'individu doit déployer pour mener son travail à terme. De plus, ce qui fait la valeur du travail ne se résume pas seulement au salaire que l'on reçoit de l'extérieur, mais également à la satisfaction personnelle de réaliser du bon travail, un travail réel et utile.

Pourtant, à l'heure où l'accent est mis sur les nouvelles technologies (donc sur l'informatisation du travail), on pourrait imaginer que la charge de travail est plus équilibrée, moins lourde, avec moins de tâches contraignantes. La réalité sur le terrain est tout autre. En effet, on retrouve toujours un écart entre ce qui est demandé et ce que cela implique. Le travail prescrit, c'est le travail qui doit être réalisé, défini par des procédures et consignes bien précises établies par l'institution. Tandis que le travail réel, c'est ce que la personne va effectivement réaliser, ce à quoi elle doit faire face, au-delà des règles et attentes formelles afin d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés (Maulini, 2010). De ce fait, dans la majorité des situations, on retrouve toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel. À la suite de ce constat, **s'intéresser à la question du bien-être au travail des soignants en établissements de soins était devenu indispensable afin d'y voir un peu plus clair.**

Vu l'arrivée de la pandémie Covid-19, qui touche la planète entière et secoue profondément le monde médical, il était devenu impossible ou inapproprié de poursuivre l'objectif de départ sans s'intéresser à ce contexte particulier. Par ailleurs, malgré les risques encourus, le personnel soignant a répondu présent, en restant impliqué, engagé dans cette lutte sans merci contre le Covid-19. Selon Tetakounte (2016), l'implication serait une des conditions nécessaires de la motivation. Maslow (as cited in Tetakkounte,2016) a montré que la motivation est étroitement

liée à la satisfaction de certains besoins. Afin d'appréhender au mieux le terme de « motivation », il semble opportun de connaître son origine ainsi que les éléments qui poussent une personne à adopter un comportement engagé (motivé).

À la suite de cette situation inédite, adapter la recherche était sans doute la meilleure décision à prendre. La nouvelle question de recherche sera donc : **quelles sont les sources de la motivation du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans le service Covid-19 ?** Pour ce faire, ce travail se divise en deux volets : une partie théorique et une partie pratique.

Tout d'abord, la partie théorique sera divisée en deux chapitres : le premier chapitre fournira diverses définitions du terme « travail », son évolution au fil du temps, ainsi que les répercussions engendrées par ces changements. Ensuite, seront également abordées la question du sens du travail et des différentes formes de motivation, compte tenu de leurs influences sur le comportement d'un individu.

Le second chapitre traitera de quelques points comme : l'évolution de la profession soignante dans les grandes lignes, sa pénibilité dans la pratique ainsi que la source de sa motivation. L'importance d'avoir une pratique éthique sera également abordée afin d'éviter les biais comportementaux. Compte tenu de leur influence sur l'implication au travail, les questions de la satisfaction au travail et des valeurs seront également évoquées. On terminera par une contextualisation de la pandémie de Covid-19.

Dans la partie pratique, nous nous efforcerons de présenter la méthode d'analyse, le moyen utilisé pour recueillir les données, ainsi que le type d'échantillonnage. Le choix de notre approche nous a permis d'appréhender au mieux les données recueillies auprès des acteurs de terrain.

Cette recherche vise à déterminer les sources de la motivation du personnel soignant dans le cadre de Covid-19 et les facteurs affectants positivement ou négativement son implication dans la pratique quotidienne.

## **2. CADRE THÉORIQUE**

Cette partie théorique se divise en deux parties. Dans la première partie, nous retracerons l'origine du terme « travail » et son évolution jusqu'à nos jours. Nous aborderons également la question du sens au travail. Enfin, nous terminerons par faire le point sur la motivation au travail, ainsi que sur les différentes théories traitant de ce concept.

### **2.1. Etymologie et motivation**

#### **2.1.1. L'étymologie du mot « travail »**

Le terme « travail » fait partie du quotidien de l'humain depuis très longtemps. Il remonte au latin *tripalium*, qui faisait référence à un instrument de torture, utilisé par les Romains pour punir les esclaves récalcitrants (Delassus, 2013). La souffrance est inhérente au travail, perçu initialement comme une contrainte. Il est ainsi indiscutable que le travail est ressenti par chacun, dans certains cas, comme un fardeau, voire une peine similaire à de la torture. Cette contrainte apparaît dans les textes bibliques. En effet, dans la tradition judéo-chrétienne, précisément dans le livre de la Genèse, chapitre 3, Jehovah, énervé de la désobéissance humaine, dit à l'homme (Adam) « *C'est avec peine que tu mangeras tous les jours de ta vie* », « *A la sueur de ton front tu mangeras du pain* », en d'autres termes, tu travailleras dur pour vivre. À la femme (Ève), il dit « *Tes grossesses seront désormais marquées par la peine* » (Collange, 1993).

Depuis, lors de l'accouchement, on parle d'une phase de « travail ». L'expression ne désigne pas le fait de « *donner la vie* », mais se réfère aux terribles douleurs associées à l'accouchement. On constate donc par l'étymologie que le travail, dès son origine, est associé à une forme de supplice.

#### **2.1.2. L'évolution du travail**

Au fil du temps, les choses ont beaucoup changé. Le XIX<sup>e</sup> siècle a apporté l'industrialisation et l'urbanisation. Par conséquent, les jeunes ont souvent dû abandonner les fermes et les petits ateliers, délaissant de ce fait la liberté du travail saisonnier qui se faisait en famille, pour un travail salarié, souvent répétitif, qui nécessitait de longues et dures journées de labeur, sous l'autorité d'un patron et réalisé dans un environnement malpropre et inconfortable (Levy-Leboyer, 2006). Ces nouvelles conditions apportent aux individus la possibilité d'évoluer dans leur carrière, d'obtenir des promotions et d'accéder à des biens manufacturés qui étaient jusque-là inaccessibles. De longues heures de travail rendent cette vie difficile. Les individus perdent leur autonomie et n'ont plus la possibilité d'observer les fruits de leur travail (Levy-Leboyer, 2006).

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, une transition progressive s'opère avec le passage d'une économie basée sur l'industrialisation et la production à une économie fondée sur l'accès facile à l'information, sur l'automatisation des tâches simples et récurrentes. Ces changements entraînent des modifications dans l'attitude des individus face au travail, qui est ressenti comme étant source de pression et d'anxiété (Levy-Leboyer, 2006). Cependant, les individus réclament toujours plus. Ils ne veulent plus d'un travail encadré, avec des restrictions et des obligations. Ils aspirent à un moyen de se réaliser, d'exprimer leur unicité, de développer leurs capacités et d'appartenir à une communauté (Méda,2018).

Le problème du rapport entre le travail et l'Homme est, finalement, assez ambigu et difficile à résoudre. En effet, il est dépendant d'idéologies qui sont souvent conflictuelles et associés à la stratification sociale et aux inégalités (Levy-Leboyer, 2006). Le travail est aujourd'hui perçu comme étant : « *un facteur de production, comme l'essence de l'homme, également comme un système de distribution des revenus, des droits et des protections, et un support d'intégration sociale* », (Méda,2018). Cependant, la contradiction de cette vision est évidente. Si le travail s'avère être un facteur de production, puisqu'il est source de richesses, son contenu intéresse peu. Il sert juste de moyen en vue d'une fin autre que le travail en soi. L'accent est mis sur l'efficacité et rien d'autre. L'objectif serait donc : produire plus avec moins de travailleurs. Ce qui va à l'opposé de la vision du travail-œuvre, dont l'objectif serait, de prime abord, de donner à l'homme le moyen d'exprimer sa singularité et qui serait lui-même sa propre fin (Méda, 2018).

Champenois (2013) ajoute que « *le travail peut être source d'épanouissement à la condition qu'il soit porteur de sens pour l'individu* ». Mais alors, qu'est-ce que le sens ? De quoi parle-t-on ?

### **2.1.3. L'origine du sens**

Le mot « sens », qui a pour signification la faculté d'éprouver des impressions, des sentiments, la capacité, de connaître, voire de juger, vient du latin *sensus* (Polomeni, 2015). En psychologie, le sens fait allusion à l'expérience de cohérence, d'harmonie, d'équilibre et même de prospérité (Morin, 2008). Cet auteur rajoute que le mot « sens » est également associé à la raison (d'être et de vivre au quotidien) et à la vocation.

Selon Delassus (2013), à la base du sens, il y a la conscience humaine et son caractère qui lui est propre, nommé « intentionnalité ». Cet auteur ajoute que la conscience ne se limite pas à elle-même, elle n'est jamais seule, car elle est toujours la conscience de quelque chose.

Nous constatons qu'une chose à laquelle l'on ne s'est jamais efforcé de prêter attention, pour nous, n'existe pas et n'a aucun sens. Ainsi, il suffit que la personne entre en relation avec cette

chose pour que, soudain, elle prenne vie et qu'elle ait un sens (Delassus, 2013). Cet auteur nous apprend que le terme « *sens* » peut être compris de deux manières. Dans un premier temps, le mot « *sens* » peut être perçu comme une direction, le « *sens de la flèche* » ; ce qui implique un lien entre le point de départ et le point d'arrivée et donne du sens à un chemin.

En effet, peu importe ce que l'on fait. Lorsqu'il est question d'agir, ce n'est jamais gratuitement, mais à des fins très spécifiques, guidant ainsi nos actions et nos actes dans une certaine direction précise (Delassus, 2013). Ainsi, le soignant, lorsqu'il est au chevet du patient en train de lui prodiguer des soins, c'est bien dans le but d'améliorer son état de santé et/ou de lui permettre de vivre dans de bonnes conditions.

Ensuite, il y a les cinq sens, qui relient l'individu à la fois au monde extérieur et à lui-même. Ainsi l'individu perçoit, grâce à ses sens, les réalités de son monde et de son environnement (Delassus, 2013). Cependant, cette sensibilité ne se réduit pas seulement à la perception du monde externe. Elle permet également à l'individu de ressentir des sensations musculaires, digestives, etc., par lesquelles il perçoit son propre corps, qui n'est ni une chose ni un corps objet, mais qui est d'abord un corps sujet (Delassus, 2013).

#### **2.1.4. Qu'est-ce que le sens du travail ?**

Le sens du travail se définit comme : « *un effet de cohérence entre les caractéristiques que la personne recherche dans le travail avec celles qu'elle perçoit dans son travail et le degré d'harmonie qu'elle atteint lors de son accomplissement* ». (Polomeni, 2015).

Pour l'auteur, les caractéristiques d'un travail qui a du sens sont : « *l'utilité* » (contribution à la société), « *la rectitude morale* » (légitimité morale, tant dans la réalisation que dans les résultats), « *l'apprentissage et le développement moral* » (travail adapté aux compétences), « *l'autonomie* » (prise de décisions, mise en valeur des compétences), « *la qualité relationnelle* » (influence de son environnement humain) et « *la reconnaissance* ». Pourquoi favoriser le sens au travail ?

Pour Laurent Sovet (as cited in CEDIP, 2018), qui est membre du laboratoire d'adaptation du travail, il estime que les activités professionnelles considérées comme ayant du sens génèrent :

- Une meilleure participation (motivation, engagement).
- Un bon fonctionnement psychologique (de la satisfaction au travail et au quotidien).

En d'autres termes, promouvoir le sens au travail serait, à la fois, générateur de performances et favorable au maintien de la qualité de vie des travailleurs (CEDIP, 2018).

La motivation au travail : de quoi s'agit-il ?

## 2.2. La motivation au travail

La motivation est régulièrement évoquée dans les activités, à l'école, au travail. Mais qu'est-ce qu'on sait sur ce concept ? L'objectif est de clarifier nos connaissances sur ce concept tout en mettant en lumière ses divers aspects.

Le terme « motivation », signifie « *mouvoir* », « *se mouvoir* ». Il vient du latin « *movere* » (Wisner, 2016). Selon cet auteur, la motivation fait référence à ce qui stimule l'action personnelle et l'encourage à agir. Il ajoute que ce concept de motivation est principalement lié à la notion de volonté. Ainsi, une personne est incitée à mener une action parce qu'elle est motivée, et que cette motivation est sous-tendue par une volonté.

Cependant, il est possible de faire une distinction entre deux types de volonté : bonne et mauvaise. Dans le cas qui nous occupe, il est question de la bonne volonté, qui a été reconnue par Viteles (as cited in Wisner, 2016). De cette première référence sur la motivation, Banks (as cited in Wisner, 2016) soutient l'idée qu'un « *travailleur motivé a la volonté de réussir dans n'importe quel projet tout en utilisant l'énergie nécessaire* ». De ce fait, la motivation peut être définie comme la volonté de réaliser un travail en faisant usage d'un niveau d'effort soutenu.

La compréhension de ce concept de motivation comme « action qui incite à agir » remonte aux anciens philosophes grecs (400 Av, J.C). Ils se sont focalisés sur deux concepts : l'hédonisme et le rationalisme, qui tentent d'expliquer les orientations fondamentales à la base du comportement humain (H.E.Gendolla, 2020):

- Le premier fait référence à « *Un comportement physique inspiré par la recherche de l'accomplissement (plaisir) et l'évitement des peines* ».
- Le second fait référence à : « *La raison qui est le premier déterminant du comportement humain* ».

Bon nombre des travaux qui ont pour objet le concept de motivation au travail, reposent sur des approches multidisciplinaires. Cependant, il n'y a pas de consensus qui a été trouvé sur un cadre qui détermine systématiquement les causes qui incitent les individus à adopter des comportements motivés, avec un niveau d'effort soutenu au travail (Wisner, 2016)

Toutefois, un consensus semble se former sur les dimensions qui caractérisent ce concept grâce à la définition de Vallerand (as cited in Wlsner, 2016) : « *Le concept de motivation représente le*

*construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ».*

Cette définition montre que la motivation n'est pas quelque chose de facile à observer, car elle est un construit hypothétique. On déduit l'existence de la motivation, grâce au comportement qu'elle stimule (Wisner, 2016). En ce sens, le concept de la motivation au travail est caractérisé par la forme d'expression et le comportement adopté par les individus dans leur travail. C'est un processus qui est déclenché à l'origine par une force motivationnelle interne, spécifique à chaque personne selon ses particularités (Roussel, 2000).

En effet (Paquiot-Papet, 2015) **définit la motivation intrinsèque** comme : « *un acte volontaire. Elle est déclenchée par des ressources internes (je le fais parce que cela m'intéresse) et produit une satisfaction (parce que j'y prends du plaisir, je me sens bien)* ». Dans ce contexte, c'est l'activité même qui comble l'individu. Cet auteur décompose les modalités de la motivation en trois sous-modalités :

- **La motivation intrinsèque aux stimulations**, liée à la forte sensation procurée à l'individu par l'activité qu'il mène.
- **La motivation intrinsèque à la connaissance**, liée au désir d'apprendre et à la satisfaction continue.
- **La motivation intrinsèque à l'accomplissement**, liée aux résultats et au seul plaisir de l'action propre.

Roussel (2000) ajoute qu'il est également possible que ce processus soit déclenché par une force « motivationnelle » externe qui dépend de l'environnement, des conditions de travail (la nature du travail, le méthode de gestion), etc. L'individu aura tendance à s'investir dans quelque chose, non pas pour la chose en question, mais bien pour les avantages qu'il peut en retirer. En effet, selon (Paquiot-Papet, 2015) **la motivation extrinsèque** est associée à des facteurs externes dont l'individu aimerait tirer profit (récompenses, reconnaissances, etc.) ou éviter (sanctions, devoirs, etc.). L'auteur propose également quatre sous-catégories :

- **La régulation externe est associée aux stimulations externes**, comme expliqué plus haut.
- **L'introjection** désigne les actions qui sont menées par les individus dans le but d'éviter la culpabilité, le stress ou bien à l'opposé d'atteindre l'autosatisfaction ( (Paquiot-Papet, 2015).

- **L'intégration** serait liée à l'éducation et deviendrait une des valeurs personnelles. Par exemple : la différence entre un jeune qui fait toujours ses devoirs tous les soirs à son retour de l'école, sans que son grand frère le lui rappelle et l'autre qu'il faut régulièrement relancer pour qu'il ne l'oublie pas.
- **L'identification** est associée au fait qu'un individu accorde plus de crédits à certaines activités qu'il considère comme utiles pour atteindre ses objectifs.

On comprend que ces différents facteurs de motivation (internes ou externes) sont variables et propres à chaque personne. Néanmoins, il convient de souligner que la motivation ne conduit pas seulement au déclenchement du comportement, mais également à la persistance, à la direction et à l'intensité (Wisner, 2016). En effet, les psychologues mettent en évidence quatre éléments qui sont à la base de ce construit hypothétique repris dans la définition (Roussel, 2000):

- **Le déclenchement du comportement** : c'est ce qui fait passer l'individu d'une posture inactive à une posture active lors de l'exécution de tâches qui requièrent un effort physique et intellectuel. La motivation génère l'énergie adéquate pour initier un comportement.
- **La persistance du comportement** : la motivation induit la dépense régulière de la force nécessaire à l'accomplissement des objectifs. La persistance du comportement s'observe dans la durée.
- **La direction du comportement** : la motivation est à la fois la force qui oriente le comportement dans une direction, vers un but à atteindre, et celle qui pousse l'individu à fournir les efforts nécessaires, selon ses aptitudes, pour accomplir le travail attendu.
- **L'intensité du comportement** : la motivation invite à faire usage de l'énergie nécessaire selon le travail à réaliser et l'objectif à atteindre caractérisé par le degré d'efforts physiques et intellectuels consacrés à ce travail.

On retient de cette description que la motivation se traduit par les efforts consentis pour un travail dirigé, avec intensité et de façon continue, vers des objectifs poursuivis. Bien que cette définition de Vallerand reprise plus haut soit acceptée par de nombreux auteurs, elle ne précise pas que la motivation est un phénomène dynamique qui varie avec le temps (Guillemette & Leblanc, 2013). C'est dans ce sens que Levy-Leboyer (2006) confirme que : « *La motivation n'est pas un processus stable... Elle résulte d'un processus complexe qui met en jeu, de manière indissociable, les caractéristiques individuelles liées au fonctionnement affectif, cognitif et social, les conditions propres à l'environnement du travail ainsi que les interactions individu-environnement* ».

Pour cet auteur, être motivé c'est également avoir un objectif, faire le choix d'investir de l'énergie dans la durée. On se rend compte que la motivation vient de la perception qu'a l'individu de pouvoir atteindre son objectif et elle s'inscrit dans une structure, un processus complexe d'efforts à déployer (Wisner, 2016).

Maintenant que le concept est défini, il semble opportun de se questionner sur la manière dont la motivation a été analysée par les théoriciens.

### **2.2.1. Les différentes théories de la motivation**

En effet, plusieurs modèles théoriques ont étudié la motivation au travail. On retiendra les travaux de Kanfer (as cited in Roussel, 2000), qui a développé une taxinomie qui tient compte de l'évolution des théories de la motivation, permettant d'identifier les variables pouvant influencer la motivation au travail, à partir des trois paradigmes : « (1) *celui des besoins* ; (2) *celui du choix cognitif* ; (3) *et celui de l'autorégulation* »

#### **2.2.1.1. Les différentes théories des besoins**

À partir de ses observations cliniques, Abraham Maslow, en 1943, élabore le modèle hiérarchique des besoins, qui sera énormément utilisé dans les organisations du travail (Roussel, 2000). Maslow veut démontrer, à travers sa théorie, que la motivation de chaque individu est déterminée par la volonté incessante de satisfaire ses besoins (force interne), et relève de l'ordre du biologique, de l'instinctif, et du fondamental (Levy-Leboyer, 2006). Dès lors que la volonté est atteinte, l'individu est motivé, et il aura tendance à adopter un comportement engagé (Roussel, 2000). Cette théorie soulève une distinction de cinq besoins que les individus essayent de satisfaire selon un ordre de priorité (Wisner, 2016) : (1) *les besoins physiologiques*, visant à assurer la survie (se nourrir, se vêtir, etc.) ; (2) *les besoins de sécurité*, visant à se protéger contre tout danger ; (3) *les besoins d'amour* (relations sociales) ; (4) *les besoins d'estime* (d'être apprécié, respecté par les autres) ; (5) *les besoins de réalisation de soi* (s'épanouir, évoluer). La motivation à combler un besoin perdure aussi longtemps que l'individu n'a pas réussi à le satisfaire. Dès qu'il y sera parvenu, il sera motivé à satisfaire un nouveau besoin, et ainsi de suite, jusqu'au dernier besoin de réalisation de soi (Roussel, 2000).

**La théorie bi-factorielle des satisfactions** d'Herzberg (as cited in Roussel, 2000) suppose que la motivation serait tributaire d'une satisfaction de certains besoins. Ce même auteur scinde en deux parties les facteurs liés au travail, qui interviennent de façon distincte dans le processus de la motivation :

- La première partie comprend les facteurs susceptibles de procurer une certaine satisfaction aux travailleurs. Ces facteurs sont considérés comme motivants car ils génèrent chez l'individu la volonté de satisfaire leurs besoins (Roussel, 2000). À la suite de plusieurs travaux empiriques, Herzberg (1971) a présenté une série de facteurs de la motivation : la tâche elle-même, l'accomplissement (travail bien fait), la reconnaissance, la responsabilité et le développement possible.
- La seconde partie regroupe les facteurs insatisfaisants. Dans l'idéal, ils ne génèrent que de l'indifférence et ne sont aucunement à la base de la motivation. Ils sont appelés facteurs *d'hygiène* ou *d'ambiance*. Ils incitent à agir sans aucune motivation quelconque. Toutefois, ils contribuent à la stabilité psychologique de l'individu (Roussel, 2000). Selon cet auteur, ces facteurs d'hygiène comprennent : *le supérieur (qualité et défaut), les conditions de travail, le management, les relations avec les collègues, la reconnaissance et la sécurité de l'emploi, la rémunération*.

Selon Herzberg (as cited in Roussel, 2000), ces différents facteurs de motivation peuvent induire de la satisfaction ou, dans les cas extrêmes, de la non-satisfaction. Cet auteur ajoute qu'à l'inverse, les facteurs d'hygiène sont plus responsables de la non-satisfaction d'un individu à son travail. Dans le meilleur des cas, ils conduisent à un manque de satisfaction plutôt qu'à la satisfaction.

**La théorie des caractéristiques de l'emploi** d'Hackman et Oldham (as cited in Roussel, 2000) tente de comprendre les effets communs qui inspirent le besoin de développement personnel et les différents aspects de l'emploi qui amènent à l'épanouissement et à la motivation au travail. Ces deux auteurs élaborent un modèle basé sur les différentes caractéristiques du travail, susceptibles d'influencer la motivation interne. Ils en repèrent cinq, qui agiraient fortement sur la motivation procurée par un travail : la diversité des compétences, *l'identité des tâches*, *le sens des tâches*, *l'autonomie* et *le feed-back*. Hackman et Oldham (as cited in Roussel, 2000) repèrent trois catégories de besoins de développement personnel qui, lorsqu'ils sont satisfaits, induisent une forte motivation interne chez les individus au travail : (1) le sentiment d'autonomie, c'est-à-dire que les individus doivent se sentir responsables des résultats de leur travail. (2) Les individus doivent trouver du « *sens* » dans le travail qu'ils accomplissent. Pour cela, ils doivent percevoir trois éléments dans son travail : *la diversité des compétences requises, l'identité des tâches et la signification de la tâche*. (3) Enfin, les individus doivent être informés des résultats obtenus et de la façon dont ils sont perçus : c'est la qualité du feed-back.

Selon (Roussel, 2000), ces différents besoins de développement sont propres à chacun et peuvent se refléter de différentes manières.

### **2.2.1.2. La théorie de la justice organisationnelle**

D'après cette théorie, chaque individu aurait tendance à évaluer ses apports (*input*) à l'égard de son organisation de travail (*niveaux de formation, performances, ancienneté, etc*) (Roussel, 2000). Il évalue également les avantages (*outcomes*) qu'il tire de son travail (*l'environnement de travail, statut, salaire, reconnaissance, etc*). Ensuite, il confronte ces éléments : « *avantages acquis de l'emploi ( $A_p$ )* » sur « *contribution en faveur de l'entreprise ( $C_p$ )* » (Roussel, 2000).

**Le concept de justice organisationnelle** de Greenberg (as cited in Roussel,2000) distingue deux aspects de l'équité dans les organisations : *la justice distributive* et *la justice procédurale* (ou des processus). Selon Greenberg (as cited in Roussel,2000) la théorie de l'équité d'Adams génère une vision positive de la justice distributive, c'est-à-dire « *le sentiment de justice à l'égard de l'attribution de récompenses par l'organisation (salaire, promotion, reconnaissance, responsabilités, etc* ». Selon cet auteur, la place réservée à l'individu dans ce processus va lui permettre d'apprécier s'il est équitablement traité ou non. Ce sentiment d'équité pourrait être influencée positivement de deux manières (Roussel, 2000):

- La première, dans le cas où les individus sont invités à participer au processus de décision, à exprimer leurs opinions et à bénéficier des informations utiles.
- La deuxième concerne les modalités de prise de décision : la cohérence et l'éthique dans l'application des procédures.

### **2.2.1.3. La théorie de l'autodétermination**

L'autorégulation est déterminée par la manière dont chacun contrôlera et dirigera ses actions (Roussel, 2000).

Ce modèle fait d'abord son apparition dans les travaux sur la **théorie du contrôle de Caver et Scheier** (as cited in Roussel, 2000) il rend compte de ce que l'individu pense, croit et ressent à l'égard de lui-même. Ces auteurs estiment, que le « *soi* » serait à la base du processus d'autorégulation et serait l'un des principaux éléments de la régulation du comportement. Selon Roussel, (2000), le comportement autodéterminé d'une personne est initié par des mobiles cognitifs et émotionnels qui lui permettent de conserver une image positive de soi, jugeant ainsi

ses capacités dans une situation donnée. Cet auteur ajoute que le postulat central de la théorie de l'autodétermination est la croyance que le comportement d'un individu est motivé par le besoin de se sentir capable et d'avoir le sentiment d'être à la base de son comportement. Son analyse est basée sur trois théories : *la théorie de l'évaluation cognitive*, *la théorie de l'orientation à la causalité* et enfin celle de *l'intégration de soi*. La première émet l'hypothèse que la motivation au travail serait la résultante d'une manifestation d'un besoin. Il serait l'élément qui pousserait l'individu à essayer de prendre contrôle de son environnement avec, pour objectif, le développement du sentiment de compétence. La maîtrise de ce besoin de compétence conduit l'individu à se fortifier dans le processus motivationnel pour être efficace, (Roussel, 2000). La théorie de l'orientation à la causalité stipule que les individus essaient de maîtriser leur environnement par leurs actions (Roussel, 2000). Cet auteur ajoute que la motivation serait également liée au désir d'être maître de son comportement lorsqu'un individu essaye de subvenir à ses propres besoins. Enfin, la théorie de l'intégration de soi postule que les diverses formes de maîtrise de l'individu dans l'organisation, ainsi que les restrictions externes, participent à son processus de sociabilisation et contribuent au développement de sa personnalité (Roussel, 2000).

### **2.2.2. Que retenir de ce chapitre ?**

Nous pouvons retenir de ce chapitre que, le travail apparaît avant tout comme une nécessité et une crainte. Il n'est pas forcément perçu positivement. C'est plutôt une condition de survie qui ne s'impose pas chez tout le monde de la même manière, ce qui permet de comprendre les considérations idéologiques qui lui donnent un sens et une valeur (Levy-Leboyer, 2006). Pendant longtemps, le travail a été considéré comme une affaire de famille. Le passage de la ferme à l'usine a changé cette relation. Les modifications du contenu et la signification du travail au fil des années ont des effets inégaux sur les différentes catégories professionnelles. En effet, en raison des progrès technologiques, entre autres, les emplois moyennement qualifiés sont exposés à des changements profonds. Dans ce contexte de changement continu, il n'est pas surprenant de ressentir de l'anxiété.

Pourtant, si l'on regarde le bon côté des choses, ces grandes tendances n'ont pas seulement conduit à des inégalités. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le taux d'emploi reste relativement élevé. En outre, la qualité des emplois s'est améliorée ces dernières années (OCDE, 2019). À l'avenir, les nouvelles technologies pourraient offrir une plus grande liberté en termes de choix ou de nouvelles opportunités pour des groupes qui étaient autrefois moins représentés sur le marché du travail.

Cependant, contrairement à ce que laisse entendre l'étymologie du terme « travail », « *même pénible, procure au sujet qui l'accomplit une certaine satisfaction, aussi longtemps qu'il parvient à lui donner un sens* » (Delassus, 2013). Trouver du sens dans ce que l'on fait permet d'adopter un comportement, une posture engagée dans son activité. Ainsi, Delassus, (2013) explique que, le sens peut avoir diverses caractéristiques : d'orientation (valeurs, idéaux qui guident les attitudes et les comportements des individus), d'extériorité (pour confronter l'individu à des épreuves, comme un miroir, le pousser à remplir son destin). L'être humain est toujours en quête de « *sens* », peu importe la situation. Quoi qu'il fasse, il est important que cela ait du sens, ça doit signifier quelque chose (Delassus, 2013). Partant de cela, on peut comprendre que le travail ne suscite l'implication et la motivation des individus qu'à partir du moment où ceux-ci lui trouvent un sens.

En prenant comme point de départ la définition de la motivation de Vallerand reprise plus haut, on comprendra que la motivation conditionne les comportements au travail puisqu'il est reconnu qu'elle est une des composantes à la base de la performance des travailleurs. Ci-dessus, nous avons également revu les grandes théories de la motivation parmi lesquelles nous pouvions distinguer : les théories des besoins, les théories du choix cognitif, et enfin la théorie de l'autorégulation.

Les premières tentent de comprendre ce qui motive les individus à travailler. Elles expliquent que nos comportements sont induits par le désir de satisfaction de nos besoins non satisfaits. Cette soif incessante de nouvelle satisfaction de nos besoins insatisfaits constitue la motivation des individus. Cinq besoins sont identifiés et classés de façon hiérarchique. Il est impossible de passer à la satisfaction des besoins du niveau supérieur si les besoins du niveau inférieur ne sont pas satisfaits. Cependant, l'explication des processus motivationnels fournis par ces théories reste incomplète. En effet, ces modèles n'offrent pas la possibilité de penser que certains besoins pourraient être plus motivants que d'autres. Pourtant, cela expliquerait que certains individus soient plus engagés, plus motivés et travaillent plus efficacement que d'autres.

Les deuxièmes théories cherchent à comprendre le fonctionnement du mécanisme de la motivation et les processus conduisant à l'initiation du comportement, de l'action et de l'exécution des tâches au sens des attentes organisationnelles. Néanmoins, il faut souligner l'approche comportementale de cette théorie, qui envisage uniquement l'effort comme un effet direct du processus motivationnel. Or, la grande partie des activités exigent flexibilité et créativité. En effet, les efforts mentaux et physiques ne permettent pas d'expliquer ou de comprendre les comportements qui ont pour origine de l'ingéniosité, un don.

Enfin, la troisième théorie suppose que chaque individu serait motivé pour adopter un nouveau comportement dans l'organisation sous l'influence du « soi ». En d'autres termes, l'individu doit être convaincu qu'il est suffisamment compétent dans une situation donnée.

Par ailleurs, la théorie de la motivation citée plus haut a permis de distinguer deux sources possibles de motivation : extrinsèque (utile pour prendre des décisions rationnelles, telles que (je travaille dur pour gagner plus de revenus), intrinsèque (consiste à faire un travail qui a une signification pour soi, une envie d'établir sa propre identité professionnelle). La distinction de ces deux sources de la motivation détermine la manière dont le travail peut être décrit : soit l'on se cantonne uniquement à l'activité en elle-même, telle que prescrite par les organisateurs et réalisée par ses collègues, soit l'on s'y intéresse un peu plus largement afin de cerner les objectifs qui lui donnent du sens pour soi et un intérêt intrinsèque.

Après avoir mis en exergue l'évolution du travail et l'importance de la motivation, je voudrais faire le point chez le personnel soignant dans le cas de Covid-19. En effet, pendant longtemps les soins de santé, en Belgique, ont souvent été basés sur l'offre. Au cours de la période Covid-19, l'équilibre de cette offre a été modifié, ce qui a induit un changement drastique dans le processus de hiérarchisation des priorités. Depuis lors, l'accent n'est plus mis sur l'offre, mais bien sur le nombre de professionnels de santé (soignant) disponibles, sur la qualité des équipements de protection pour une prise en charge optimale et sur le nombre des lits, etc. (CFAI, 2020).

## **2.3. Personnel soignant : théorie et contexte**

Dans cette deuxième partie, nous allons commencer par une définition de l'art infirmier ainsi qu'une présentation de quelques attributions des soignants. Nous retracerons brièvement l'histoire de la profession soignante. Ensuite, nous tenterons d'identifier les facteurs de la motivation des soignants au travail, leurs sources de satisfaction, ainsi que les valeurs qui les animent. Nous essayerons également de mettre en lumière les difficultés de leur pratique, l'importance de la pratique éthique et le rôle de l'éthique organisationnelle dans la motivation au travail. Enfin, nous terminerons par une brève contextualisation de la maladie de Covid-19.

### **2.3.1. Définition de l'art infirmier**

L'art infirmier se définit par « *l'ensemble des soins infirmiers (physiques et psychosociaux) réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres, aux individus de tous âges, familles, groupes ou communautés, à toutes les personnes malades ou en bonne santé, et dans tous les lieux de pratique professionnelle* » (SPF santé publique, 2015)

L'art infirmier comprend la promotion, la protection, l'amélioration de la santé et des ressources internes du patient, la prévention des maladies, les éventuelles blessures et le soulagement de la souffrance (SPF santé publique, 2015). Cet art infirmier repose sur le jugement professionnel dans divers domaines : promotion de la santé, éducation à la santé, des soins (urgents, curatifs, chroniques et palliatifs).

#### **2.3.1.1. Les rôles soignants**

Prodiguer des soins est au cœur de la profession soignante. Dans ce concept de « soin », le patient a une place centrale et il est un partenaire actif au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Lorsque le soignant prodigue des soins, il s'adresse à l'univers complet du patient auquel il intègre différents rôles (SPF santé publique, 2015):

- « *Responsable du processus de soins* », le soignant élabore une relation professionnelle individuelle avec le patient et se montre responsable. Il considère l'environnement du patient en observant, en écoutant et en posant des questions très précises afin de donner la réponse la plus appropriée en fonction de ses besoins.
- « *Communicateur* » : le soignant recourt à la technologie usuelle, aussi bien pour le contact avec les patients que dans le cadre du travail interdisciplinaire. Afin de maintenir la continuité de soins, la communication avec les patients est basée sur l'empathie, dont l'objectif est d'établir une relation de confiance et un bon environnement pour que les patients se sentent pris en charge, respectés et en sécurité (SPF santé publique, 2015).

- « *Collaborateur* » : le patient est au centre de cette relation de collaboration. Prodiguer des soins fait partie du travail d'équipe, où le soignant partage son expérience, ses compétences avec l'équipe pluridisciplinaire.
- « *Acteur d'un développement professionnel* » : le soignant suit les dernières tendances, visions et développements que connaît le secteur de soins de santé et les applique dans le cadre de son travail, conformément aux normes d'éthique.
- « *Promoteur de la santé* » : le soignant joue un rôle actif dans la prévention de la santé primaire, secondaire et tertiaire, où le maintien et la promotion de la santé sont au centre des soins, etc.

Aujourd'hui, la profession infirmière est en plein changement. Les progrès technologiques et les décisions qui peuvent être prises ont un impact sur la qualité des soins et sur l'organisation du travail du personnel soignant (L'Union Générale des Infirmiers de Belgique, 2019). Pour bien comprendre ce changement, il est important de retracer l'histoire de la profession.

### **2.3.2. L'historique de la profession soignante**

Comme tout métier, la profession soignante a connu des évolutions dans sa pratique. De la charité religieuse aux sciences infirmières, l'histoire de la profession soignante remonte au Moyen-âge. À cette époque, la maladie est liée à la magie, à une force surnaturelle, à quelque chose d'impossible à maîtriser. Seuls les sorciers étaient supposés détenir le pouvoir de guérir les malades (FNESI, 2017). Hippocrate, au IV<sup>ème</sup> siècle avant J-C, est l'un des premiers à réfuter cette vision. Pour cet auteur, il fallait trouver la cause de chaque maladie : serment d'Hippocrate (Hesbeen, 2018). Le soin infirmier fait son apparition et prend de l'élan avec le christianisme. Il s'impose comme un devoir religieux, une vocation (FNESI, 2017). À cette période, on retrouve principalement, parmi les soignantes, des religieuses dévouées, mais sans compétences particulières. Les soins étaient associés à la charité envers les personnes fragiles, sans ou avec des faibles moyens.

Les pratiques de soin évoluent en 1789 avec la naissance de l'hôpital laïc. Les médecins se rendent compte que les actes de charité ne suffisent plus (FNESI, 2017). Ils veulent des infirmières bien formées, car les soins requièrent des compétences. Cette période est marquée par d'importantes découvertes, tant techniques que scientifiques, grâce entre autres à des auteurs comme Claude Bernard, l'un des pionniers de la médecine basée sur la physiologie et le fonctionnement dit « normal » du corps humain, et aussi Louis Pasteur, qui s'est battu pour la vaccination (Hesbeen, 2018). Cependant, malgré ces découvertes, l'état des hôpitaux reste

délétère. Les conditions sanitaires sont très mauvaises et les malades sont rassemblés dans de grands dortoirs (FNESI, 2017).

Toujours au XIX<sup>ème</sup> siècle, en Angleterre, Florence Nightingale (pionnière des soins infirmiers modernes) se consacre à la promotion et à la facilitation de l'accès à la formation infirmière. Elle estime que l'amélioration des soins est étroitement liée à la qualité de la formation. Elle gagne son combat. À la fin de ce siècle, la première formation infirmière d'une durée d'un an est née (FNESI, 2017). Ainsi, en Belgique également entre la fin du XIX siècle et le début du XX siècle, sont apparues « *les premières écoles d'infirmières, organisées afin de mettre les soins infirmiers au service des progrès de la médecine et de faire de l'infirmier l'auxiliaire du médecin* » (Bernard Fusulier, 2012). Quelques années plus tard, sous la direction du Docteur Depage, l'un des pionniers en Belgique, les premières lois sur les diplômes ont été promulguées (Bernard Fusulier, 2012). Dès 1919, les soignants créent la première association professionnelle grâce à des personnages tels que Marie Depage et Édith Cavell, qui deviendra plus tard la Fédération Nationale des Infirmiers de Belgique (Laurent, 2013). Cette association et d'autres qui suivront vont participer à des conférences internationales sur les soins infirmiers avec pour but la reconnaissance de la profession infirmière. Ce n'est qu'en 1967 que des lois sur la pratique infirmière sont apparues. Le 20 décembre 1974, le cadre formel de l'exercice sera établi (Bernard Fusulier, 2012). La loi qui énumère et définit les prestations techniques de l'art infirmier voit le jour en 1990 et elle va subir plusieurs modifications (L'Union Générale des Infirmiers de Belgique, 2019).

En 2004, toujours sous l'impulsion des associations, un code de déontologie de la profession est élaboré (Laurent, 2013). En 2006, *l'Arrêté royal établit une liste des titres professionnels particuliers (TPP) et des qualifications professionnelles particulières (QPP)* (L'Union Générale des Infirmiers de Belgique, 2019). En 2010, parut l'arrêté royal relatif à la mise en œuvre d'un plan de carrière infirmière attrayant, qui offre les avantages (les primes) pour les titres, les compétences professionnelles spéciales et les prestations irrégulières, etc.

### **2.3.3. Formation soignante en Belgique**

Avant toute chose, il est important de savoir qu'en Belgique les filières de la formation soignante varient en fonction de la communauté linguistique. On retrouve actuellement deux filières de formation sur le territoire Belge qui donnent accès à la profession infirmière : « *le **niveau de bachelier** (Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux), autrefois appelé « formation A1 » ou « Infirmier gradué », et le **niveau de brevet d'infirmier hospitalier** (Communauté française) ou HBO-5 (Flandre), autrefois connu sous le nom de « formation A2 »,* (KCE, 2019).

Afin de répondre aux exigences européennes et donc promouvoir la mobilisation des professionnels infirmiers dans toute l'Union européenne, la directive 2013/55/ EU a publié des normes à suivre au niveau de la formation en soins infirmiers.

- Au niveau du bachelier : les heures de pratique ont été revues à la hausse et d'autres compétences ont été ajoutées. Sans oublier le passage de 3 à 4ans, le nombre d'années d'études en 2016-2017 (KCE, 2019).
- Au niveau des infirmiers brevetés : la formation a également été révisée, ajoutant 6 mois supplémentaires afin de répondre aux exigences de l'UE. En Flandre, pour les infirmiers HBO-5, ces changements n'ont pas encore eu lieu, comme le souligne (KCE, 2019)« *À l'heure actuelle, on ne sait donc pas clairement si le niveau HBO-5 en Flandre répond aux critères de la directive 2013/55/EU* ».

Dans la pratique hospitalière, on ne retrouve pratiquement pas de différence entre les deux formations en termes de compétences et de pratiques quotidiennes (KCE, 2019). Néanmoins, les différences existent en termes de spécialisations et de qualifications professionnelles. En effet, les soignants titulaires d'un bachelier ont accès à un nombre important de spécialisations et peuvent même entrer à l'université pour obtenir une maîtrise ou un doctorat. Cependant, une passerelle existe pour les soignants brevetés qui aimeraient devenir gradués endéans les 3ans.

#### **2.3.4. Les facteurs de motivation au travail des soignants**

L'hôpital est un des éléments centraux dans l'offre de soins. Il a pour objectif l'amélioration ou le maintien de la santé de la population. Le maintien ou l'amélioration des performances des établissements de soins repose en grande partie des compétences et de la motivation des professionnels de la santé qui y travaillent (Belrhiti, 2013). Dans son rapport de 2006 intitulé « *travailler ensemble pour la santé* », l'OMS met l'accent sur les ressources humaines de la santé (RHS) et forme l'alliance mondiale (OMS, 2006). Cependant, en raison de la démotivation des professionnels de santé, l'atteinte de la performance hospitalière souhaitée ne semble pas être simple. En effet, la démotivation au travail n'est pas un phénomène isolé puisqu'elle touche toutes les disciplines dans les établissements de santé (Belrhiti, 2013), ce qui invite à se questionner sur ce qui motive les soignants dans leur pratique.

Selon (Belrhiti, 2013), l'un des premiers facteurs de motivation serait le besoin de reconnaissance et de réalisation. En effet, le travail dans les services de soins est exigeant en termes d'énergies physiques, psychologique et intellectuelle. La reconnaissance d'un travail bien fait est une récompense bien appréciée, comme nous le confirme cet auteur (David, 2013): « *les personnels*

*souhaitent être reconnus dans leur contribution au fonctionnement de l'institution* ». Ce même auteur rajoute que, confrontés aux difficultés, les soignants n'attendent pas uniquement « *une reconnaissance financière* », mais plutôt des méthodes de travail différentes. Selon Hesbeen (2018), la première étape de la reconnaissance est d'accorder soi-même de l'importance à ce que l'on fait. Ensuite, vient le besoin d'être reconnu, d'être accepté par les autres comme un individu singulier, celui de voir la réalité de son existence ainsi que les fruits de ses travaux reconnus par les autres. Ainsi, la théorie de l'autodétermination reprise plus-haut explique qu'un degré élevé d'autodétermination conduira l'individu à s'engager librement dans les activités qu'il affectionne. Le plaisir qu'il en tire constitue ainsi une source de motivation intrinsèque.

Selon Belrhiti, (2013) l'implication dans l'organisation constitue le deuxième facteur de motivation. L'auteur distingue trois types d'implication : *calculé, normatif et affectif*. Il explique que la relation avec l'équipe et le leader est cruciale dans le processus d'engagement professionnel dans l'organisation. D'autres facteurs, tels que les conditions de travail, le salaire et les caractéristiques de l'emploi (variété des tâches à accomplir, le niveau d'autonomie) peuvent également jouer un rôle dans l'engagement. Ainsi, une étude canadienne menée auprès du personnel soignant, souligne que l'environnement de travail stressant et inadapté affecte négativement le maintien d'une santé mentale saine et conduit souvent à une réorientation de carrière (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Ainsi, la théorie des caractéristiques de l'emploi reprise plus haut identifie cinq caractéristiques du travail susceptibles d'influencer le maintien de la motivation au travail : « *diversité des compétences, l'identité des tâches, le sens des tâches, l'autonomie et le feed-back* » (Roussel, 2000).

Finalement, Belrhiti (2013) conclut sa recherche en disant : la motivation des soignants est un phénomène complexe. Elle est associée à divers facteurs tels que les besoins de reconnaissance (feed-back), les besoins de réalisation (rôle à l'égard du patient), les besoins de relations avec le supérieur (participation à la prise de décision), les caractéristiques de l'emploi (condition de travail), la satisfaction et enfin l'implication.

### 2.3.5. Les sources de satisfaction au travail des soignants

Le concept de la satisfaction au travail se définit comme : « *un état émotionnel, agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail* » (Polomeni, 2015). Partant de l'hypothèse que la satisfaction dépend de l'équilibre entre ce que l'individu attend en retour de son travail et ce que ce travail lui fournit, on peut dire que la satisfaction peut être atteinte lorsque notre vécu au travail est le résultat de nos attentes ou en lien avec notre réalité vécue (Polomeni, 2015). Cependant, au fil du temps, l'écart se creuse entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait. En effet, les protocoles accordent une attention particulière à la durée des différents soins, avec des exigences bien précises (qualité et traçabilité des informations données). De plus, les équipes, souvent en sous-effectifs, ne permettent pas toujours de respecter les procédures. Ces écarts entre ce qui est attendu et la réalité sur le terrain peuvent être sources de stress et de culpabilisation chez les soignants (David, 2013). Cet auteur ajoute que les soignants réclament plus. Ils veulent trouver du sens dans les soins réalisés et pas n'être que de simples exécutants d'actes techniques, qui n'aboutissent qu'à une insatisfaction au travail. De plus, l'application de tous ces protocoles, qui visent à une forme de standardisation des pratiques, n'offrent pas la liberté de prendre soin, de pratiquer ce que Hesbeen (2018) appelle « *l'art du singulier* ». En effet, comme chaque personne est différente et a des besoins propres, ce n'est pas la même pratique qui sera mise en œuvre pour tous. Pour cela, il faut pratiquer l'art de soigner, qui nécessite de réserver un espace spécifique à une personne particulière.

En outre, l'enquête réalisée sur les « *déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmiers* » Estryn-Behar (2010), identifie quelques sources de satisfaction pour les soignants :

- La contribution à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge seraient source de satisfaction et donneraient du sens à leur travail.
- Les contacts avec les malades, inhérents à la fonction infirmière, seraient gratifiants. Ils sont considérés comme des soins relationnels, ce qui permet aux soignants d'essayer de d'apporter du bonheur et de l'espoir aux patients afin qu'ils se battent jusqu'à la fin.
- Fournir aux patients des soins confortables, sains et de qualité, ce qui permet aux soignants de se sentir utiles, de faire du bon travail.
- La prise en charge globale permet aux soignants de se sentir autonomes et est source de satisfaction.
- La possibilité de « prendre le temps » de bien faire son travail est également perçue comme source d'épanouissement.

- Le travail d'équipe, un esprit collectif et de la cohésion, est aussi source de satisfaction pour le soignant.
- Le soutien apporté par le supérieur est également une source de satisfaction pour les soignants, etc.

Les sources de satisfaction identifiées ne suffisent pas à empêcher le sentiment d'insatisfaction de se manifester. Parmi, les causes probables d'insatisfaction au travail qui ressortent de l'enquête de Estry-Behar (2010), on peut citer :

- La confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort. Elle est perçue comme source d'insatisfaction des soignants. Cette confrontation est encore plus difficile à supporter lorsqu'elle est liée à une prise en charge inadaptée.
- La prise en charge inadaptée, comme vu plus haut. Le nombre important des patients pour un seul soignant ne permet pas une prise en charge correcte et conduit au sentiment d'impuissance (source de stress).
- L'agressivité de la part des familles qui sont de plus en plus exigeantes.
- L'absence de soutien est perçue comme un facteur aggravant de la charge de travail sur le plan psychique et peut mener jusqu'au sentiment de solitude.
- Le manque de temps, comme source de frustration et de stress.

### **2.3.6. Les valeurs**

Les valeurs sont définies comme : « *Des objectifs importants, trans-situationnelles, variant en importance et qui servent de principes guidant la vie des gens* », selon Schwartz (as cited in Meier,2016). Les valeurs donnent un sens commun à la profession infirmière. Elles sont issues de sa culture et de son histoire. Selon Oiiq (2019), ces valeurs « *sont fondamentales et reflètent les principes guidant le comportement du personnel infirmier dans la pratique professionnelle* », on peut citer :

- « *L'intégrité* » : cette notion fait référence à la franchise et à l'honnêteté dans la pratique à l'égard du patient.
- « *Le respect des personnes* » : cette notion comprend l'établissement de relations de confiance, ainsi que la reconnaissance de leur caractère unique, de leur autonomie dans les décisions, et de leurs droits en tant qu'un être humain.
- « *L'autonomie professionnelle* » : se reflète dans les décisions prises pour l'intérêt du patient.

- « *La compétence professionnelle* » : a trait à la responsabilité de développer ou de maintenir ses connaissances en tenant compte de bonnes pratiques issues de données probantes.
- « *L'excellence des soins* » : vise à assurer le bien-être et la sécurité à tous et constitue le but ultime de la profession infirmière.
- « *La collaboration professionnelle* » : a trait au travail réalisé en partenariat avec des équipes pluridisciplinaires intervenant afin de garantir la qualité, la sécurité des soins offerts aux patients.
- « *L'humanité* » : se traduit par « *la générosité envers l'autre, la tolérance et la solidarité* ».

### 2.3.7. Les facteurs des difficultés du travail des soignants

Bien que, par son étymologie, ce métier soit placé sous le signe du dévouement et de la vocation, on constate souvent que le personnel soignant n'est pas satisfait de son travail : un soignant sur quatre ne serait pas satisfait de son travail (KCE, 2019). En effet, en Belgique et dans bien d'autres pays, comme la France, les conditions de travail des soignants peinent à s'améliorer et les mouvements de protestation se multiplient (KCE, 2019). Le système de santé belge fait face à des défis croissants :

- **Les sous-financements** : « *Des moyens financiers ne sont plus suffisants pour couvrir les coûts pour lesquels ils ont été budgétisés* » (KCE, 2019). En effet, le montant équivalent temps plein de chaque infirmier affecté à l'hôpital est inférieur au coût réel. C'est dans ce contexte de limitation que les hôpitaux ont dû revoir leur organisation de travail et créer de nouveaux leviers pour contrôler leurs ressources financières. De ce fait, les hôpitaux sont contraints de réduire leurs effectifs ou d'embaucher du personnel moins cher et moins qualifié (KCE, 2019).
- **Le vieillissement de la population** (en Belgique, la part des patients âgés de 75 ans et plus représente 25% des admissions hospitalières pour l'année 2014 et on s'attend à atteindre 28% en 2025 (KCE, 2019). Ce vieillissement représente un défi pour le système de santé puisqu'il s'accompagne d'une hausse de demandes en soin, en particulier dans les soins de longue durée.
- **La hausse des maladies chroniques**, qui est devenue la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde (KCE, 2012). En Belgique, les maladies chroniques les plus courantes sont « *les lombalgies (17,7%), les allergies (13%), l'arthrite (12,7%), l'hypertension (12,7%), les cervicalgies (9,4%), les céphalées chroniques (8,1%) et les*

*troubles respiratoires (7,9%)* (KCE, 2012) ». L'une des difficultés de la prise en charge des maladies chroniques est d'ajuster continuellement les mesures d'intervention pour s'adapter au développement de la maladie afin de répondre pleinement aux besoins des patients.

- **Les exigences de plus en plus élevées** de la part des patients : l'accès rapide à l'information et aux progrès technologiques impliquent que les patients demandent et attendent des résultats rapides et tangibles après avoir reçu des soins.
- **Une pénurie de prestataires** : Malgré ces chiffres, pour l'année 2016, le manque de personnel soignant au niveau planétaire s'élève à 6,6 millions de personnes, avec une légère diminution à 5,9 millions pour l'année 2018 (OMS,2020). La pénurie pourrait être définie comme « *une situation de déséquilibre entre la demande de capacités humaines et la disponibilité réelle de celui-ci* » (Develle, 2009). C'est donc aussi une question de choix et de décision de la part du personnel qui n'accepte pas de travailler dans des conditions existantes. Comme expliqué plus haut, un autre aspect important, qu'il convient de prendre en compte, ce sont les moyens financiers pour engager du personnel, qui sont très limités. Ceci ne relève pas spécialement d'une pénurie du personnel disponible, mais bien d'une absence de corrélation entre « *le nombre de personnes formées et les ressources disponibles* » (Develle, 2009).
- **La charge de travail** : Aujourd'hui, on constate que les soignants qui travaillent dans les établissements belges s'occupent de 9,4 patients en moyenne (KCE, 2019). Or, il est signalé à l'échelle internationale qu'au-delà de 8 patients par soignant la sécurité n'est plus assurée. Face à ces difficultés, il n'est pas impossible de retrouver des biais comportementaux dans les actes ou réactions des soignants à l'égard des patients, d'où l'importance d'avoir une pratique éthique.

### **2.3.8. Qu'est-ce que l'éthique ?**

Paul Ricoeur (as cited in Gaziaux,2018) définit l'éthique comme : « *La visée du bien pour soi et pour autrui dans des institutions justes* ». Partant de cette définition, c'est quoi le **bien** ? Pour **soi** ? Pour **autrui** et dans **une institution juste** ?

La notion de visée : viser signifie tendre vers (Gaziaux, 2018). On essaye de viser le bien, c'est le désir que nous éprouvons tous de nous accomplir comme sujet humain. De ce fait, dans une situation où le soignant doit prendre une décision (Gaziaux, 2018):

- Il va d'abord essayer d'être un bon professionnel (selon ses valeurs, sa culture, les normes, etc.). Cependant, dans une relation de soins, il n'y a pas que soi-même, il y a aussi autrui.
- Il se pourrait que les patients aient aussi leur propre point de vue sur le bien et leur propre épanouissement. De ce fait, l'une de valeurs importantes de l'éthique infirmière est l'hétéronomie selon laquelle les intérêts du patient doivent primer, conformément à la loi relative aux droits du patient de 2002 (SPF santé publique, 2015). Dans la plupart de cas, l'autonomie du patient doit être respectée par le soignant. Cependant, que ça soit dans l'éthique des soins ou dans l'interaction avec le patient, tout n'est pas toujours équilibré. Dans certains cas, les patients sont tellement dépendants que les soignants doivent les aider à choisir leurs objectifs de soins. D'un point de vue éthique, l'équilibre entre la promotion de l'autonomie et l'utilisation d'un bon coaching ne peut être atteint que par un dialogue intense avec le patient, et si le soignant parvient à maintenir ses préjugés sous contrôle (SPF santé publique, 2015).

On comprend qu'il n'est pas possible de penser à son propre objectif sans envisager celui de l'autre, dans le cadre d'une institution éthique. La rencontre entre les trois pôles (je, tu, il) est limitée, car aucun des acteurs n'est en pleine possession de sa puissance d'action (Gaziaux, 2018). Ainsi, dans la pratique soignante, l'éthique doit être omniprésente lors des décisions et des choix des soins à prodiguer. Ce que (Hesbeen, 2014) nomme « *l'éthique du quotidien des soins* », c'est-à-dire : « *une éthique concrète qui interroge, qui interpelle, les manières d'être, de faire et de dire de chacun dans l'ordinaire des pratiques soignantes* ».

### **2.3.8.1. L'apport de l'éthique organisationnelle**

L'éthique organisationnelle se définit comme une éthique qui « *inspire, régule les comportements organisationnels spécifiques* » Michel Dupuis (as cited in Furstenberg, 2017).

L'éthique organisationnelle peut avoir un impact direct sur la motivation des travailleurs d'une entreprise. Elle peut participer à favoriser la satisfaction des travailleurs au sein des entreprises et diminuer ainsi le désir de démission. Cette mise en place d'une éthique organisationnelle permet de rendre plus concrète l'éthique prônée par l'entreprise. En effet, une réflexion éthique ne signifie pas spécialement la concrétisation en action. Pour que cette éthique influence réellement la motivation des soignants, elle ne doit pas se limiter à des idéologies abstraites. Elle

doit se concrétiser en action, notamment dans l'organisation des différents services de soins, et se refléter dans le comportement des responsables.

Ces propos rejoignent ceux de Toulmin (as cited in Azzahra Lahrizi,2015), qui place l'éthique « *du côté de la pratique, et non de la théorie* » et pour qui « *le genre de connaissances qu'elle englobe est concret, c'est une sagesse pratique, et non une abstraction théorique* ». Ce que (Hesbeen,2011) appelle autrement une « *éthique du quotidien des soins* », c'est-à-dire une éthique qui « *s'inscrit véritablement dans la pratique quotidienne des soins, au plus près des humains qui, pour les uns, reçoivent et, pour les autres, donnent des soins. Une telle éthique ne se résume pas à quelques principes ou déclarations* ».

Pour que l'éthique organisationnelle soit réellement concrète pour les soignants et qu'elle ait un effet direct sur leur motivation, plusieurs éléments entrent en jeu :

- **Le reflet par les managers et les responsables hiérarchiques des valeurs éthiques :**  
En effet, ils jouent un grand rôle dans la concrétisation de l'éthique et de son impact sur la motivation des soignants. Ils sont responsables du maintien de cette motivation à niveau et de montrer l'exemple quant au respect des valeurs promues par la profession. (Hirèche,2004), identifie trois grandes caractéristiques personnelles qui déterminent un manager éthique : **authentique** (il sait pourquoi il agit et quel but il poursuit, par conséquent il est à même de résister aux pressions, il a une vision claire de ses limites et des valeurs qui orientent son action), **fiable** (c'est un manager qui instaure la confiance, quelqu'un de parole, il dit et fait ce qu'il dit, il est cohérent en situation), **constructif** (il est l'intermédiaire des intérêts des parties, il est à l'écoute, il accepte les remarques et se remet en question).
  - Cet auteur ajoute que l'influence des dirigeants et des managers se justifie par leur « *exemplarité* ». Les employés perçoivent leurs superviseurs comme des modèles et leurs comportements sont perçus comme une référence. Andrews (as cited in Hirèche,2004) va dans le même sens, en affirmant que les employés ont tendance à suivre ce qu'ils voient que font leurs superviseurs, plutôt qu'à adhérer à une politique éthique de l'entreprise. Cependant, pour (Dupuis,2014), « *l'exemplarité* » est fondamentale tout d'abord entre les pairs et, si elle s'affirme dans la durée, son impact sera important sur l'éthique organisationnelle. Dès lors, les individus se focaliseront moins sur le comportement et la conduite des

managers étant donné que leurs pairs seront eux-mêmes perçus comme des modèles.

- De plus, d'après cet auteur, « *l'empathie* » est une notion indispensable dans le leadership. Elle est perçue comme la disponibilité à la compréhension de l'autre. Elle « *humanise* » les rapports avec les supérieurs qui, en raison de contraintes systémiques, économiques, sociales, risquent fort la déshumanisation lorsque le souci de la qualité des soins prime sur le respect des subordonnés.
- **L'environnement et le cadre de travail** : Cela dit, le comportement des managers n'est pas le seul facteur influençant l'éthique des employés. Il faut également tenir compte des variables personnelles (telles que le niveau de développement moral) et situationnelles (les récompenses, les sanctions, les règles, etc.) (Hirèche, 2004). Cet auteur identifie également les facteurs qui ne contribuent pas à un comportement éthique dans une organisation. Plusieurs d'entre eux sont directement ou indirectement liés au contexte de travail, à la politique formelle de l'organisation et au climat moral qui y règne.
  - Il est donc important que l'environnement de travail et l'organisation des différents services reflètent « le climat éthique », c'est-à-dire « *une perception partagée par les membres d'une organisation de ce qu'est un comportement éthiquement correct et de la manière dont il faut gérer les questions éthiques* » (Dupuis, 2014). Cet auteur ajoute que ce « *climat éthique organisationnel* » peut influencer, aussi bien positivement que négativement, le vécu des individus et leur sentiment de satisfaction professionnelle.
  - Boye et Jones (as cited in Hirèche, 2004) nous enseignent qu'il est possible de diminuer les comportements contre-productifs (vol, absentéisme abusif, etc.) des employés en créant un environnement de travail dans lequel ils sont traités avec respect, dignité, équité et où l'intégrité au travail et l'honnêteté sont reconnues et valorisées.
- **Spécificité du monde des soins : mettre l'humain au centre** : Bédard (as cited in Hirèche, 2004) met en avant l'importance des qualités humaines dont les responsables doivent faire preuve, car elles favorisent la création d'un style de gestion, un climat de travail agréable et une éthique propice à la discussion et à la confiance. Cet auteur termine en affirmant que ce type de management finit par garantir une ambiance de travail où règnent la confiance, la liberté d'expression, où se développent l'efficacité des employés

et leur implication. Il semble donc important de redonner la place aux qualités humaines dans les activités. Ainsi, dans leur pratique, les soignants ont tendance à placer le patient au centre de la prise en charge. Il revient donc aux pouvoirs organisationnels et au management d'offrir aux soignants une « *qualité humaine de l'atmosphère apaisante et propice à une telle qualité qui règne et se diffuse dans les lieux de soins* », afin d'éviter que les soignants se sentent comme une simple ressource productrice (Hesbeen,2011).

- **Sans cesse s'adapter aux nouveaux défis et réaffirmer les valeurs**, comme souligné par Dupuis (2014) « *Qu'elle soit théorique ou appliquée l'éthique se donne pour tâche d'identifier, de dégager, de révéler les valeurs effectivement en jeu dans une action ou une série d'actions* ». Ainsi, dans ce contexte organisationnel marqué par le changement constant, dû à de nombreuses transformations survenues ces dernières années, les entreprises font face à de nombreux défis éthiques auxquels elles doivent s'adapter (Pablo Médina,2013). Pour ne pas les citer tous, nous en retenons trois qui peuvent avoir un rapport avec notre recherche :
- **Le stress subi dans les entreprises** (productivité, horaires, protocoles, etc.) complique la capacité des individus à prendre suffisamment de recul pour échapper aux inévitables frictions qui naissent dans n'importe quel groupe humain. C'est dans ce contexte complexe que, bien souvent, les employés finissent par ressentir du stress, qui peut être défini comme « *la réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement en vue de s'y adapter* » (Pablo Médina,2013). Le stress est, par conséquent, un paramètre organisationnel important que les leaders doivent apprendre à gérer afin de garantir une atmosphère propice à l'épanouissement de chacun des intervenants.
- **La reconnaissance au travail** : « *c'est un besoin vital associé aux questions portant sur le sens du travail et les liens sociaux* » (Pablo Médina,2013). L'absence de reconnaissance de l'employé par la hiérarchie managériale peut conduire à un désengagement au travail et un manque d'implication, ce qui peut être une menace contre l'exécution du travail. Cependant, la prévention peut être envisagée de deux manières selon (Pablo Médina,2013) : dans un premier temps, par la promotion d'actions visant à renouveler la confiance de l'employé. Par exemple, le recadrage des objectifs et leur mise en adéquation avec le temps de travail, peuvent constituer une source de reconnaissance des compétences de l'employé pour atteindre les objectifs prédéfinis. Dans un second

temps, il recommande l'élaboration d'un dialogue organisationnel positif reposant sur le partage de valeurs réciproques.

- **La souffrance au travail** est en corrélation avec le rapport d'autorité des leaders vis-à-vis des employés (Pablo Médina,2013). Cet auteur ajoute que « *la souffrance au travail constitue un problème organisationnel grave* », dont la prévention passe par le recrutement de travailleurs motivés, responsables, ayant la capacité de passer outre le travail, et par la promotion de l'esprit collectif au sein des équipes. Pour y parvenir, les entreprises engagent des psychologues du travail. Ils sont chargés d'identifier la synergie entre la performance du salarié et l'intérêt concret de l'homme pour son travail, ce qui les amène à surveiller l'organisation du travail ou le processus de recrutement (Pablo Médina,2013).

Ces différents points de l'éthique organisationnelle abordés, nous aimerions faire le point sur la maladie de Covid-19.

## **2.4.Le contexte de COVID-19**

Dans ce chapitre, nous allons décrire ce qu'est Covid-19, ses symptômes et son mode de transmission. Nous terminerons par une contextualisation de la maladie et un point sur la situation en Belgique et en Europe.

### **2.4.1. Qu'est-ce qu'un COVID-19**

Il s'agit d'une maladie infectieuse causée par le dernier coronavirus et n'a été découverte qu'après son apparition en décembre à Wuhan, en Chine, (OMS, 2020). Depuis ce jour, le virus s'est propagé dans de nombreux pays, sur tous les continents.

### **2.4.2. Les symptômes et le mode de transmission**

À ce jour, les symptômes les plus évidents du Covid-19 comprennent la fièvre, la fatigue et des difficultés respiratoires, accompagnées de signes radiologiques de pneumonie. Les malades sont généralement des personnes âgées ou des personnes atteintes de maladies sous-jacentes (telles que l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques ou le diabète). En termes de transmission, Covid-19 est transmis par des personnes qui ont été infectées par le virus par des gouttelettes respiratoires, par la bouche ou le nez, par la toux ou les éternuements. L'inhalation de gouttelettes provenant de personnes qui viennent de tousser ou d'éternuer peut également provoquer le Covid-19. (OMS, 2020)

### **2.4.3. Traitement**

Compte tenu de son émergence récente, il n'existe actuellement aucun traitement ou vaccin spécifique contre Covid-19. De nombreux travaux et essais cliniques sont en cours. Cependant, de nombreux travaux sur les vaccins ont déjà commencé dans le monde, mais il faudra peut-être des mois ou un an pour obtenir un vaccin officiel (ECDC, 2020). Un traitement symptomatique (oxygénothérapie à haute dose, gestion de fluides) est actuellement utilisé à la place du virus. (OMS, 2020)

### **2.4.4. Situation en Belgique et en Europe**

Comme expliqué plus haut, le virus s'est propagé dans le monde entier depuis son origine à Wuhan en Chine et poursuit son expansion entre autres en Europe, où des mesures ont été prises, çà et là, afin de limiter sa propagation. Exemples : la fermeture des frontières extérieures aux voyages non essentiels, la distanciation sociale d'environ 1.5mètres, le lavage des mains, le confinement, etc. (Parlement européen, 2020).

Cependant, malgré ces mesures, l'Espagne et l'Italie ont été sévèrement touchées (Bouhon, 2020). À l'heure d'écrire ces quelques lignes à savoir le 21 avril 2020, l'Espagne comptait déjà 20852 décès et l'Italie 24114 décès. Au niveau de l'ensemble des pays de l'UE, on comptait 101 726 décès liés à la Covid-19 (ECDC, 2020).

Depuis quelques semaines, les actualités nationales et internationales tournent en boucle autour d'un thème : la pandémie. La Belgique est habituellement connue pour avoir un des systèmes de santé les plus efficaces et l'un des plus abordables au monde, 97% des Belges considèrent que la qualité des soins qu'ils reçoivent est « bonne » (Herbeaux & Ndaye, 2015). Cependant, face à la pandémie de Covid-19, le monde s'étonne de constater que la Belgique figure parmi les pays ayant connu un taux élevé de décès. En effet, on compte à ce jour (5828) décès liés à la COVID-19. Un chiffre supérieur aux pays comme l'Allemagne qui ne compte que (4598) décès, ou les Pays-Bas, qui en comptent (3751), (ECDC, 2020). A ce jour, la pandémie a causé d'énormes pertes en vies humaines et de grandes souffrances.

## 2.5. Que retenir de ce chapitre ?

Comme toute profession, la profession soignante n'a pas manqué d'évoluer. D'une pratique de sœurs à la qualification professionnelle, elle a connu bien des changements et les soins ont été fortement influencés par les nouvelles technologies, qui apportent de nouvelles connaissances, de nouveaux besoins et imposent une nouvelle organisation du travail. Ainsi, les soignants sont continuellement soumis à de nouveaux défis. Ils doivent assumer les soins dans un environnement qui varie constamment, avec des exigences nouvelles (intensification des soins, hausse de soins chroniques, etc) sans, pour autant, bénéficier de moyens adaptés (L'Union Générale des Infirmiers de Belgique, 2019). Associée à l'incessante pénurie en personnel et en moyens, qui affecte sérieusement la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients, cette situation pourrait exercer, au travail, une certaine pression. Cette pression fragilise le moral des soignants, comme cela a été montré dans l'introduction, et génère une atmosphère qui n'est pas spécialement bénéfique sur le plan psychologique. Pourtant, certains soignants continuent à assurer tant bien que mal leur rôle. Il paraît important, dans ce contexte, de se questionner sur leur motivation. Qu'est-ce qui les motive dans leur pratique ?

Deux facteurs de motivation semblent émerger de la littérature : les besoins de reconnaissance et l'implication. Cependant, la motivation au travail du soignant est un processus complexe et ne peut pas se résumer qu'à ces deux facteurs. En effet, elle est également associée à d'autres facteurs dont : la satisfaction, les valeurs, l'identité professionnelle, les caractéristiques de l'emploi, l'implication, les rapports avec le supérieur, etc. (Belrhiti, 2013).

La recension des écrits a permis d'identifier quelques sources de satisfaction au travail pour le personnel soignant : le contact avec les patients, la satisfaction de leur assurer des soins de qualité, le travail d'équipe, la reconnaissance par les supérieurs, etc. Mais également des sources d'insatisfaction comme : l'agressivité et le manque de soutien des supérieurs, le manque de temps, etc. Cependant, nous sommes bien conscients que ces sources de satisfaction ou d'insatisfaction ne se limitent pas aux éléments repris ci-dessus. De plus, la satisfaction de chaque personne est unique et dépend de l'échelle des valeurs personnelles. Cela nous permet juste d'avoir un point de vue sur les éventuels facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction au travail des soignants. Nous avons également essayé d'énumérer les valeurs propres aux soignants compte tenu de leur impact sur leur comportement au quotidien. En effet, les valeurs des soignants font partie intégrante de leur métier. Elles seront souvent mises en œuvre en fonction de ce qu'ils jugent important. Par ailleurs, la littérature nous a permis d'identifier quelques sources de difficultés rencontrées par les soignants, qui perturbent leur pratique au quotidien

comme : la charge de travail, la pénurie du personnel, le sous-financement, etc. La charge de travail est nuisible au travail des soignants. Elle peut être « *quantitative lorsqu'elle désigne une charge de travail trop élevée par rapport au temps et aux ressources disponibles, ou qualitative, lorsqu'elle signifie des exigences trop élevées en comparaison des compétences de l'individu* » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

Pour finir, l'arrivée du virus Covid-19, a mis en lumière les faiblesses des systèmes de santé aussi bien belge que des autres nations touchées. Cela va de l'insuffisance des effectifs de santé jusqu'à l'incapacité à garantir suffisamment de masques et des tests approfondis. A cela s'ajoutent les défaillances en matière de recherche de vaccins et de fourniture de médicaments. (ECDC, 2020)

Pourtant, encore là, les personnels soignants ont réagi avec abnégation et ont fait preuve d'un dévouement remarquable par ces temps si particuliers. D'où l'importance de notre recherche afin d'identifier les sources de motivation des soignants, qui les ont poussés à se porter volontaires pour lutter contre la Covid-19.

.

### **3. CADRE PRATIQUE**

L'exploration du cadre théorique a permis d'observer l'évolution du terme « travail » au fil des années, et de comprendre sa position et sa signification dans un monde marqué par le progrès technologique. Pour faire face aux difficultés d'organisation, la motivation au travail aussi bien interne qu'externe semble être un levier afin de garantir l'implication, l'investissement des individus dans leur pratique. Mais, face à un ennemi invisible nommé le Covid-19, qui a sévèrement endommagé la structure de nos vies, qu'est-ce qui pousse le personnel soignant à rester motivé ?

Tout d'abord, nous précisons les objectifs de cette recherche. Deuxièmement, nous décrivons la méthode choisie pour atteindre nos objectifs. Nous désignerons également la population de notre étude, ainsi que la façon et les outils utilisés pour récolter des données. Enfin, nous comparerons les résultats avec la théorie par l'analyse de nos résultats.

#### **3.1.1. Objectif général**

À la lumière des événements récents, l'objectif de cette recherche est d'identifier « les sources de la motivation », du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans l'unité Covid-19 ainsi que la mise en exergue des facteurs qui influencent cette motivation au fil de l'évolution de cette pandémie.

#### **3.1.2. Objectifs spécifiques**

Pouvoir identifier :

- S'il n'y a pas une évolution de leur motivation entre leur pratique journalière d'hier et celle d'aujourd'hui vu le Covid-19.
- Les valeurs des soignants et le sens à donner à leur pratique
- Les sources de satisfaction

#### **3.2. Méthodologie de recherche**

En rapport avec la question de recherche reprise plus haut, l'approche qualitative a été préférée. L'objectif est d'étudier la « motivation » qui pousse les soignants à se porter volontaires dans les unités Covid-19. Le choix de cette méthode qualitative s'explique par le fait que les informations recueillies sont de nature expérientielle. Les données récoltées vont nous permettre de mieux comprendre la perception et les expériences des acteurs de terrain avec, pour finalité, la possibilité de mettre en lumière les sources de motivation (interne/externe) et les facteurs qui influencent cette motivation en situation de pandémie.

### **3.2.1. Recueil des données**

Les entretiens ont été menés sur le lieu de travail des répondants, dans un local à l'abri du bruit. La durée moyenne des entretiens varie entre 9 et 15 minutes. Compte tenu du contexte et de la charge de travail, le soignant était fortement sollicité.

Pour recueillir des informations, des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès des soignants. Dans ces interventions, le chercheur interagit avec les personnes interviewées tout en les encadrant pendant les entrevues. Un guide d'entretien avait été réalisé en amont. Il est composé de questions bien spécifiques en rapport avec le sujet. Il nous permet de mieux organiser, structurer les échanges avec les répondants. Néanmoins, il faut noter que les personnes retenues ont répondu librement, abordant les questions dans l'ordre qui leur convenait. Cette approche a permis de collecter des données en rapport avec la question de recherche et de comprendre la signification première des déclarations des répondants.

### **3.2.2. Le guide d'entretien**

Le guide a été construit à l'aide de la théorie vue plus haut, qui a permis de structurer la recherche sur des points précis. En effet, il se compose de 4 grandes questions ouvertes qui vont permettre d'identifier les sources de motivation, le sens du travail, les valeurs ainsi que les sources de satisfaction chez les soignants volontaires dans l'unité covid-19.

Ensuite, avant de débiter, le chercheur commence par se présenter et explique l'objet de la recherche. Après vient le tour des participants, qui sont invités à se présenter. Ensuite, les questions qui vont permettre de recueillir le maximum d'informations possibles sur le sujet de recherche leur seront posées.

### **3.2.3. L'échantillon**

Les participants ont été choisis en raison de leur affiliation à notre secteur de recherche, tous issus d'une même institution. Le choix de l'échantillon est de type de convenance, caractérisé par l'accessibilité et l'opportunité. En effet, comme je me suis retrouvé dans le service Covid-19 où se trouvaient les participants correspondant aux critères de la recherche, le chef de service m'a suggéré de saisir l'opportunité pour interroger les personnes disponibles pour éviter le va-et-vient dans le service, compte tenu des risques. Cette démarche est communément appelée : « *un échantillonnage en chaîne* » (Aujoulat, 2020), car chaque répondant donne accès à un autre présentant les mêmes caractéristiques.

### **3.2.3.1. L'hôpital Universitaire d'Erasme**

En juillet 1968, le conseil d'administration de l'ULB émet l'idée de créer un hôpital universitaire. Ce n'est qu'en octobre 1977 que l'hôpital a ouvert avec ses 27 premiers lits. Aujourd'hui, il peut accueillir 1048 lits d'hôpitaux, 25.000 à 30.000 patients en hospitalisés par an. (Hôpital Erasme, 2017)

On y retrouve près de 4.000 personnels répartis dans 80 métiers distincts. Ils participent au fonctionnement normal de l'entreprise en offrant chaque jour des soins de qualité aux patients. (Hôpital Erasme, 2017)

En raison de l'infectiosité du virus, l'hôpital a dû apporter des modifications et a ouvert cinq services de Covid-19. (Hôpital Erasme, 2017)

### **3.2.3.2. Le choix de l'unité**

Le service « Médium care » a été imposé, afin de ne pas compromettre une autre étude en cours. Les patients de ce service sont caractérisés par le fait qu'ils sortent des soins intensifs (et sont pour la majorité sous respirateur) et nécessitent une surveillance très spécifique.

### **3.2.3.3. Le choix des répondants**

Soignants : « *responsables de la prise en charge globale et multidisciplinaire d'un patient, par la dispensation des soins de qualité avec pour objectif le maintien ou l'amélioration de sa santé* » (Hôpital Erasme, 2017).

Les critères d'inclusion :

- Soignants.
- S'être porté volontaire pour travailler dans l'unité Covid-19.
- Exercer au sein de l'Hôpital Erasme dans le service de « *Médium care* ».
- Parler français.
- Avoir une expérience de travail en service classique.

### **3.2.4. La méthode d'analyse et présentation des résultats**

Afin d'analyser correctement les données recueillies, nous allons utiliser l'analyse descriptive. Selon Aujoulat (2020), cette analyse « *consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche* ». Nous utiliserons également une analyse interprétative, afin d'user de nos connaissances acquises de la théorie et de notre jugement.

### **3.2.5. Le cadre éthique**

Il est également important de savoir que ce guide d'entretien a fait l'objet d'une validation auprès de la direction infirmière. Cela a permis d'accéder aux participants. Ensuite, chaque participant a été informé que l'entretien ferait l'objet d'un enregistrement que, s'il le souhaitait, il pouvait recevoir une retranscription du verbatim. Le complet anonymat sur l'entièreté des données recueillies a été assuré. De ce fait, les personnes ont pu s'exprimer librement sans pression.

### 3.3.Résultats

#### 3.3.1. Données démographiques de l'échantillon

Entretien	Nombre d'années de travail au sein de l'établissement	Genre
1	32 ans	Femme
2	13ans	Femme
3	29ans	Femme
4	38ans	Femme
5	1 ans	Femme
6	31ans	Femme
7	2ans	Homme

L'échantillon est principalement composé de femmes, plus un homme. Les trois quarts des participants comptent en moyenne plus de 10 ans de service dans le même établissement. Sur base de leur expérience, ils peuvent s'exprimer avec conviction.

#### 3.3.2. Résultats des entretiens

##### 3.3.2.1. Motivation des soignants avant la crise de Covid-19

L'objectif est d'identifier les différentes sources de motivation qui incitent les soignants à aller travailler au quotidien. De manière générale, tous les soignants interrogés identifient comme sources de motivation : le contact avec les patients, en prendre soin, les aider à se rétablir ou à aller mieux ; le lien qui se crée et le sentiment d'avoir bien fait son travail à la fin de la journée.

*« Ce qui me motive en général dans ma pratique, c'est de pouvoir m'occuper de mes patients, d'avoir le contact avec eux, de les voir aller mieux, plutôt suivre leur évolution. C'est vraiment, ce que j'aime dans mon service par exemple, il faut les éduquer, ils ont besoin de beaucoup de soutiens émotionnels vu qu'ils ont des pathologies assez lourdes. Ce qui fait que ce n'est pas facile pour eux. Donc, j'aime bien ce côté-là et puis ils reviennent tout le X temps-là pour le suivi et il y a un certain lien qui se crée », (l'interviewée N°5)*

Par ailleurs, (l'interviewée N°1) déclare ne plus être spécialement motivée par sa pratique au quotidien, du moins plus comme au début de sa carrière. En cause, la charge de travail grandissante qui l'éloigne de son idéal, mais également l'organisation du travail et les méthodes qui ont beaucoup changé au fil des années. Dans ce sens, (l'interviewé N°7) confirme également que la charge de travail impacte vraiment la perception première de son métier. Cette charge de travail pourrait s'expliquer par le manque de personnel résultant de la faiblesse des moyens financiers dont les institutions disposent comme vu plus haut.

*« Motivation, mais ça je l'expliquerai un peu plus tard, que j'ai un peu perdue ces dernières années, parce que le fonctionnement..., les méthodes de travail ont quand même fortement changé, fortement évolué. Donc...voilà ...je n'ai plus retrouvé ...la motivation du début »*  
(l'interviewée N°1)

*« Je dirais plutôt que ce qui me manque en général, c'est le contact avec le patient que je ne retrouve plus tellement dans ma pratique et m'éloigne un peu de ma vision première de mon métier. Dans le sens où la charge de travail est tellement intense que tu n'as plus beaucoup de temps à consacrer au patient. Chose qui ne me motive pas spécialement au quotidien »*  
(l'interviewé N°7)

### **3.3.2.2. La motivation des soignants pendant la crise**

Pour (les interviewés N° 1,4,5,6,7), la motivation première était l'idée d'accomplir leur rôle de soignant et ensuite, de relever un nouveau défi, découvrir d'autres choses.

*« Tout ce qu'on entendait par rapport au nombre de décès. J'ai pris mon courage à deux mains et je me suis dit : c'est notre rôle d'infirmière. En fait, là c'est mon côté aide...participer à quelque chose d'humain quoi. Voilà ce qui m'a motivée à ce moment-là, pouvoir faire partie de cette collectivité. ». C'est très enrichissant au niveau du boulot. Je trouve que cela fait partie du total de notre boulot, d'être là dans cette situation difficile »* (l'interviewée N°4)

*« Justement, donc, c'était un nouveau défi, une nouvelle motivation. Un peu l'envie de faire autre chose, de voir autre chose ... oui pour moi c'était un défi »* (l'interviewée N°1).

Pour certaines (les interviewés N° 2,3), leurs motivations relevaient du sentiment, qu'elles allaient pouvoir réaliser leur travail en étant plus en sécurité (au niveau matériel de protection) dans les unités Covid-19 que dans le service ordinaire.

*« Chez nous en chirurgie X, on a soigné quand même quatre patients. Je veux dire, quatre patients, qu'on soignait depuis quelques jours..., Sans nous protéger, sans masque sans rien. Ensuite, on nous apprend, « vite ils sont Covid-19, il faut les transférer ». Donc là, je me suis dit « Zut quoi ». On les soigne depuis quelques jours et puis là « bam ». Donc, au tout début ma motivation c'était juste : Je vais dans une unité Covid-19 ... Je sais, que je vais me protéger »*  
(l'interviewée N°2).

Néanmoins, nous avons cherché à connaître les éléments qui influencent cette motivation au fil du temps passé dans ce service : en général, les interviewées identifient, le travail d'équipe, mais également l'évolution des patients, comme éléments influençant positivement leur motivation.

*« Hum ! Je dirais la diversité. On travaille avec énormément des personnes différentes. Tout est mélangé. Il n'y a plus ce côté (oooh) ce sont mes patients. Je passe toute ma journée à travailler seule dans mon coin. Ici tout se fait en groupe. Tout le monde travaille, s'entraide. Il y'a beaucoup l'esprit d'équipe et du coup c'est sympa parce que tu ne vois plus le temps passer. Tellement que c'est agréable de travailler comme ça. Maintenant j'ai peur de l'après quand je vais retourner dans mon service, que je ne puisse plus retrouver cette cohésion qui règne ici »* (l'interviewée N°6).

Cependant, pour (l'interviewée N°5) c'est le contraire, le travail en binôme s'est avéré être un élément démotivant.

*« Trois quarts des gens je ne les connais pas et puis, (allé) il y a des personnes sur qui je tombe... qui ne travaillent pas comme moi, ils sont lents. Ce n'est pas facile et c'est très démotivant de travailler avec des personnes comme ça, ta journée te semble interminable ».*

Par ailleurs, (l'interviewé N°1) va un peu plus loin, en affirmant avoir retrouvé son métier du début, chose qu'elle ne retrouvait plus dans sa pratique avant l'arrivée de la pandémie.

*« Ce qui influence ma motivation, ce que j'ai l'impression d'avoir retrouvé le métier de l'infirmière [...] Oui, je dis ça par rapport à mes débuts, j'avais l'impression d'avoir un petit peu perdu ça, ces dernières années, parce qu'on demandait avec l'arrivée de l'informatique et tout, beaucoup trop de travail qui n'était pas auprès du patient, chose que j'ai retrouvée ici. C'est ça qui influence positivement ma motivation. Je suis ravie de cette expérience ».*

### **3.3.2.3. Vécu des soignants pendant la crise de covid-19**

De manière générale les soignants, déclarent avoir eu des difficultés au niveau psychologique à la suite de multiples décès survenus pendant la crise, mais aussi le stress des familles.

*« Oui, je le retrouve ici, tout-à-fait. En rendant services aux patients, même si parfois c'est un peu plus compliqué. On vit des choses dans le covid-19, qu'on n'a jamais vécues auparavant. Par exemple : faire une série de deux jours et avoir trois décès sur cette série. On n'a pas vraiment le temps de faire le deuil des patients, c'est assez compliqué. Puis, il y a un truc peut-être entre guillemets tout bête, mais mettre des patients dans des sacs ! C'est assez déshumanisant et c'est assez compliqué. Et psychologiquement c'est très dur.*

*Sans oublier l'inquiétude de nos proches, qu'on ne pouvait pas voir ni à qui rendre visite, en fin je veux dire pour ma part. J'avais mes parents qui n'étaient pas vraiment pour que je continue à venir travailler, limite ils étaient en panique. Ils avaient plus peur moi que moi-même et je dois avouer que mentalement c'était assez difficile un moment » (l'interviewé N°7).*

#### **3.3.2.4. Le sens et les valeurs**

Interrogés sur le sens donner à leur pratique, les interviewés N° 2,4,3,5,7,) ont mentionné le fait de voir l'évolution des patients, de pouvoir observer les résultats de leur travail. Pour d'autres, les interviewées (N°1,6), c'est la satisfaction ressentie à la fin d'une journée de travail : *« Pour moi ce qui donne sens à mon travail c'est de rentrer chaque soir en étant satisfaite de ma journée. Dans mon service de base c'est un peu difficile fin..., je veux dire, je ne rentre pas spécialement satisfaite tous les jours.... (rire) ça serait trop beau »* (l'interviewée N°6)

Par ailleurs, toutes les personnes interviewées reconnaissent avoir retrouvé, des valeurs d'humanité dans la relation avec les patients dans le contexte de Covid-19, du fait de la proximité avec le patient.

*« Le contact humain, le temps consacré au patient. Dans mon service d'avant, tu cours, à peine tu as le temps de dire bonjour que tu dois sortir pour encoder et parfois on finit par déléguer certains soins ! Alors qu'ici on fait tout soit même. Entre le début de ma carrière et maintenant c'est un turn-over dans l'hospitalisation normale qui est très fort. Le côté et l'aspect humain et tout ça, je trouve que c'est un petit peu perdu au détriment de l'administratif. Ici on les voit plus longtemps et donc, je pense qu'on a un autre contact, une autre motivation et notre rôle infirmier prime vraiment plus ici qu'ailleurs dans mon service »* (l'interviewée N°1)

#### **3.3.2.5. Les sources de satisfactions**

Interrogés sur les sources de satisfaction dans leur pratique avant et pendant la période Covid-19, beaucoup confient être satisfaits de leur pratique en général lorsqu'ils ont pu finir leur travail. Durant le Covid-19, la dynamique de groupe et la baisse du nombre de décès sont perçues comme sources de satisfaction.

*« En général, pour ne pas me sentir mal, j'essaie toujours de faire au mieux mon travail, même si ce n'est pas toujours possible par manque du personnel et du temps. J'essaie du moins et alors ça fait que je suis content de ce que j'ai fait et ça m'évite de me culpabiliser après »* (l'interviewé N°7).

« Ici là oui, beaucoup plus qu'avant ! On a beaucoup plus le temps, même si c'est beaucoup plus lourd, on est en équipe, on travaille à deux il n'y a pas de chacun ses patients point. Tout se fait quasi en binôme et ça c'est cool quand même. Moi je ressens, une grande satisfaction en rentrant chez moi, car j'ai l'impression d'avoir terminé ce que je devais faire. Puis il y a aussi maintenant, pas avant hein, mais comme je t'ai dit ici les patients évoluent plutôt bien. Il y a moins de décès et ça fait du bien psychologiquement. Je crois qu'on peut tous être fière parce qu'on a été soudé depuis le début et on voit doucement la fin de ce calvaire. Enfin, ne parlons pas vite, on croise les doigts... (rire) » (l'interviewée N°3).

Pour l'interviewée N°1, le travail dans le service Covid-19, avoir du temps pour prendre soin, le contact avec le patient, etc., lui ont permis de se rendre compte que ce qu'elle faisait au quotidien dans son service de base ne la satisfaisait plus.

« En effet, plus grand-chose ne me satisfaisait, je m'en rends compte maintenant que je suis ici. Oui, je n'étais plus vraiment satisfaite dans ce que je faisais avant dans mon service. Et j'espère que quand je vais y retourner, je vais pouvoir retrouver un peu cette même satisfaction même si j'ai des doutes ».

### **3.3.3. Discussion**

Les données d'entretien analysées montrent, dans un premier temps, qu'une majorité des soignants trouvent leur motivation dans un travail bien fait. Le contact, l'évolution et les liens créés avec les patients sont quelques sources qui mènent les soignants à se motiver dans leur pratique au quotidien. Ceci s'explique surtout par « le sentiment d'un travail bien accompli, un devoir bien fait, sortir du service en me disant, ma journée a été bonne » (l'interviewée N°1). Ainsi, lors d'une étude réalisée auprès de 58 soignants marocains par (Belrhiti, 2013), il ressort que 63% des soignants sont fortement motivés par la responsabilité qu'ils ont envers le patient. Ils manifestent un dévouement associé au souci de la qualité des soins, de l'efficacité clinique. Comme il a été mentionné dans la théorie, il s'agit d'une motivation intrinsèque à l'accomplissement liée à « la réalisation d'action propre et le plaisir que procure sa réalisation » (Paquiot-Papet, 2015). En conséquence, lorsque cette motivation est atteinte, elle n'est pas seulement utilisée pour déclencher un comportement. Elle est également utilisée pour la persistance des comportements (Roussel, 2000). En ce sens, les soignants auront tendance à déployer quotidiennement l'énergie nécessaire pour atteindre leurs objectifs.

Néanmoins, l'une des personnes interrogées (l'interviewée N°1) déclare ne plus être spécialement motivée dans sa pratique à cause de nombreux changements. « Parce-que le

*fonctionnement... les méthodes de travail ont quand même fortement changé, fortement évolué. Donc...voilà ...Je n'ai plus retrouvé ...la motivation du début* ». Ses aveux nous montrent que la motivation n'est pas quelque chose de stable. Elle est modulable en fonction du contexte et de l'environnement, ce qui rejoint la définition de la motivation de Levy-Leboyer (2006) reprise dans la théorie. Les individus démotivés ne cherchent plus à fournir des efforts, aussi bien physiques qu'intellectuels, au cours de leur travail. Ils ont tendance à adopter des comportements de retrait, d'absentéisme et de procrastination. S'ensuit alors une baisse de qualité, etc., (Roussel, 2000). Cette absence de motivation est expliquée par les facteurs d'hygiène de la théorie bifactorielle des satisfactions, comme mentionné dans la théorie : « *ils poussent l'individu à agir sans aucune motivation particulière* » (Roussel, 2000). Dans ce sens, Belhriti (2013) et son étude sur les facteurs de motivation des soignants, soulignent que la démotivation *des soignants a un impact direct sur la qualité de soins* ». Cet auteur constate ainsi qu'une proportion importante des soignants est démotivée, pour cause d'insatisfaction globale associée à une charge de travail importante et à une pénurie de ressources.

En effet, au cours des entretiens, à maintes reprises, on remarque que chaque participant souligne que les difficultés qu'il rencontre dans l'exercice de sa pratique sont fréquemment liées à une charge de travail trop importante. Souvent, il n'a plus la possibilité de bien faire son travail comme souhaité. « *Dans mon service d'avant, tu cours, à peine tu as le temps de dire bonjour que tu dois sortir pour encoder et parfois on finit par déléguer certains soins !* », (l'interviewée N°1). « *En général, pour ne pas me sentir mal, j'essaie toujours de faire au mieux mon travail, même si ce n'est pas toujours possible par manque du personnel et du temps. J'essaie du moins et alors ça fait que je suis content de ce que j'ai fait et ça m'évite de culpabiliser après* », (l'interviewé N°7). Dans cette charge de travail, on peut inclure la quantité de temps et d'attention qu'un soignant peut accorder aux patients, mais aussi le temps consacré à son propre épanouissement ou à son développement professionnel en relation avec les moyens en personnel disponibles (KCE, 2019). Cette problématique est importante aux yeux des soignants, car ils sont invités à négliger certaines tâches lorsque leur charge de travail est trop importante. Ainsi, lors de l'enquête réalisée par le (KCE, 2019) auprès de 5000 soignants belges exerçant dans le milieu hospitalier, 37% ont déclaré ne pas avoir surveillé correctement leurs patients ni les avoir changés de position (pour prévenir les escarres) lors de leur dernière prestation, par faute de temps. Cela pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins prodigués aux patients et perturber la perception positive qu'ils ont de leur travail en fin de journée, comme expliqué dans la théorie.

Notre recherche s'interroge entre autres sur ce qui a motivé les personnels soignants à être volontaires dans le service Covid-19. Dans notre échantillon, les réponses diffèrent d'une personne à une autre. Les interviewés N°1,2,4,7 sont motivés par le contexte, qu'ils perçoivent comme un défi. Ils considèrent comme faisant partie de leur rôle de répondre « présent » face aux difficultés. Cette motivation peut être expliquée par la théorie de l'évaluation cognitive de Ryan et Déci (as cited in Roussel,2000), qui nous dit que la motivation interne « *pourrait résulter des besoins que chacun est capable de développer : se sentir compétent en situation et être autodéterminé* ». D'après ces auteurs, les facteurs dispositionnels et contextuels influencent fortement ces deux besoins. Ainsi, face à la situation inédite Covid-19 les soignants avaient la conviction qu'ils étaient suffisamment compétents pour relever le défi. Cette volonté de la part des soignants de vouloir apprivoiser le nouvel environnement était tributaire du processus motivationnel, comme mentionné dans la théorie d'autodétermination reprise plus haut. Par ailleurs, en se référant à l'effet Hawthorne, cette attitude pourrait également être influencée par l'intérêt et l'image positive manifestés à l'égard des soignants lors de cette crise. En effet, l'effet d'Hawthorne est « *une conséquence qui se produit quand les individus, par exemple le personnel soignant, modifient leur comportement lorsqu'ils savent qu'on leur accorde un intérêt. Étant conscients que leur activité professionnelle est au centre d'intérêt, ils vont souvent plus s'investir* » (Repond, 2012). Ceci pourrait être illustré par « *c'était une motivation du fait que vivre ce genre d'expérience en tant qu'acteur sur le terrain, c'est très enrichissant au niveau du boulot. Je trouve que cela fait partie du total de notre rôle, d'être là dans cette situation difficile où tu sens que les gens ont vraiment besoin nous* » (l'interviewé 7). Au fil du temps, cet effet d'Hawthorne aura tendance à s'estomper pour laisser place aux modes de fonctionnement habituel (Repond, 2012).

Par rapport aux rôles propres témoignés par les répondants, l'étude de (Belrhiti, 2013) va dans le même sens en affirmant que « *Les professionnels relient la motivation à la signification sacrée du travail, à sa dimension religieuse et morale* ». Ainsi, pour certaines personnes de notre échantillon, la motivation pourrait être associée à la dimension sacrée et morale de l'art infirmier. Quelle que soit la situation, il est tout à fait normal pour eux de se montrer disponibles. « *J'ai pris mon courage à deux mains et je me suis dit : « C'est notre rôle infirmière ». En fait, là c'est mon côté aide...participer à quelque chose d'humain quoi. Voilà ce qui m'a motivée à ce moment-là, pouvoir faire partie de cette collectivité* » (l'interviewée N°4).

En deuxième lieu, certaines personnes (les interviewées N° 2 et N° 3) déclarent avoir été motivées par le sentiment qu'elles seraient mieux protégées dans le service Covid-19 parce qu'il y avait plus de matériel de protection disponible dans ces unités que dans les autres unités classiques. « *Donc, au tout début ma motivation c'était juste : « Je vais dans une unité Covid-19 ... Je sais, que je vais me protéger »* (l'interviewée N° 2). Cette motivation serait à la fois le résultat d'une force motivationnelle interne de satisfaire ses besoins de sécurité et d'une force motivationnelle externe générée par l'environnement de travail perçu comme non sécurisant. Ceci correspond à ce qui est décrit dans la théorie des besoins reprise plus haut et dans la théorie de justice organisationnelle, où la personne évalue les avantages qu'elle tire de son travail. Dans ce contexte, elle dévalue ses conditions de travail, qu'elle ne trouve pas spécialement appropriées.

Par ailleurs, l'analyse de nos entretiens démontre qu'une majorité des soignants estiment que l'esprit d'équipe et la dynamique de groupe développés au sein des équipes, leur ont permis de surmonter les moments difficiles. « *Ici tout se fait en groupe. Tout le monde travaille, s'entraide. Il y a beaucoup l'esprit d'équipe et du coup c'est sympa parce que tu ne vois plus le temps passer. Tellement que c'est agréable de travailler comme ça. Maintenant j'ai peur de l'après quand je vais retourner dans mon service, que je ne puisse plus retrouver cette cohésion qui règne ici »* (l'interviewée N°6). Cela correspond à ce que Belrhiti (2013) confirme dans son étude que « *la cohésion du groupe est le facteur le plus motivant »*.

Notre étude tentait également de repérer si les pratiques dans le service Covid-19 correspondaient toujours aux valeurs qui avaient motivé les soignants à choisir leur métier. De manière générale, les soignants déclarent y retrouver les valeurs humaines et de bienveillance à la base de leur engagement dans le métier de soignant, même davantage que précédemment : « *J'ai l'impression d'avoir retrouvé le métier d'infirmier [...], Le contact humain, le temps consacré au patient. Dans mon service d'avant, tu cours, à peine tu as le temps de dire bonjour que tu dois sortir pour encoder et parfois on finit par déléguer certains soins. Alors qu'ici on fait tout soi-même. Entre le début de ma carrière et maintenant c'est un turn-over dans l'hospitalisation normale qui est très fort. Le côté et l'aspect humains et tout ça, je trouve que c'est un petit peu perdu au détriment de l'administratif. Ici on les voit plus longtemps et donc, je pense qu'on a un autre contact, une autre motivation et notre rôle infirmier prime vraiment plus ici qu'ailleurs dans mon service »* (l'interviewée N°1). Comme expliqué dans la théorie, les personnes auront tendance à s'investir davantage dans un environnement congruent à leurs valeurs.

Ceci pourrait également s'expliquer par le fait que l'organisation et l'approche utilisées dans le service Covid-19 étaient différentes « *On travaille à deux il n'y a pas de chacun ses patients point. Tout se fait quasi en binôme[...]. Comme ce sont des patients lourds, tu en as peu et c'est une prise en charge globale, tu fais tout lorsque tu rentres dans la chambre, tu les bichonnes plus, pour qu'ils soient bien, alors on a le sentiment d'avoir tout terminé, chose que je n'ai plus le temps de faire dans mon service* » (l'interviewée N°3).

Cependant, lors de la crise, l'interviewée N°3 nous confie avoir eu du mal à retrouver ses valeurs, notamment lorsque le nombre de décès était important au début de la pandémie. Cela dit, les choses se sont améliorées par la suite avec la baisse de mortalité. « *Je dirais non au début. Comme je vous l'ai dit, moi j'ai fait ce métier pour traiter, aider les patients à aller mieux et quand il y avait autant des gens qui mourraient, je me sentais un peu détaché de mon idéal ..., si je peux dire ça comme ça. Mais maintenant oui, ça va mieux je dirais oui, ça correspond un peu plus, car les gens vont beaucoup mieux* ».

Enfin, dans notre étude, il était également question d'identifier les sources de satisfaction au travail en général et dans l'unité Covid-19, en particulier. De manière générale, les répondants témoignent être satisfait de leur travail du fait qu'ils trouvent du sens à leur pratique. Dans le contexte du covid-19, le degré de satisfaction est lié au fait de retrouver les valeurs (aider les patients, prendre le temps, améliorer leur bien-être) pour lesquelles ils se sont engagés dans le métier de soignant. « *Moi j'essaie de toujours, malgré parfois le manque de personnel, toute cette pression, j'essaie toujours que le malade soit quand même bien pris en charge, bien traité. C'est ce qui a du sens pour moi et me permet d'être satisfaite de mon travail* » (l'interviewée N°4). Inversement, le degré de satisfaction diminue lorsque les soignants ne retrouvent pas leurs valeurs (exemple : lors du pic de décès).

« *En général, pour ne pas me sentir mal, j'essaie toujours de faire au mieux mon travail. Même si ce n'est pas toujours possible par manque du personnel et du temps. J'essaie du moins et alors ça fait que je suis content de ce que j'ai fait et ça m'évite de me culpabiliser après. Ici un moment donné quand il y avait beaucoup de morts, je ne trouvais plus le plaisir de venir travailler. À la fin je me disais que je n'étais pas seul à vivre ça donc j'ai tenu. Aujourd'hui, ça va beaucoup mieux, vu qu'on a moins de décès* » (l'interviewé N°7).

Ceci illustre la théorie bi-factorielle de Herzberg (as cited in Roussel, 2000), comme mentionnée dans la théorie. Elle se définit comme un ensemble de facteurs de motivation qui permettent d'obtenir une satisfaction au travail. En effet, dans l'extrait ci-dessus, les soignants mettent en

avant leur besoin d'accomplissement (le travail bien fait). La satisfaction de ce besoin est notamment un des facteurs de leur motivation.

**En conclusion**, l'analyse de nos entretiens nous a permis de mettre en avant les différentes sources de motivation qui ont poussé les soignants à se porter volontaires dans les unités. Ces motivations sont majoritairement intrinsèques et correspondent à la réalisation d'un besoin : d'accomplissement, de sécurité, d'être compétent en situation. Par ailleurs, l'envie de vouloir satisfaire ce besoin est générateur du processus motivationnel.

Nos entretiens démontrent également que la motivation est influencée par le contexte externe (l'environnement de travail, les relations avec les collègues, la diversité des tâches). Il s'agit d'un mécanisme qui varie et qui doit être renouvelé. Les défis, le challenge, la nouveauté sont là quelques éléments qui peuvent raviver ce mécanisme.

### **3.3.4. Les forces**

Par ma position de soignant, j'ai pu accéder à l'environnement de travail de mes collègues, comprendre leur vécu. Mon point de vue et ma subjectivité, du fait de mes expériences m'ont permis de m'impliquer davantage dans cette recherche.

C'est un sujet innovant. D'après mes recherches, il n'y a pas encore d'étude publiée sur cette problématique.

Par ailleurs, c'est également une étude qui a une potentialité pratique importante, dans le sens où elle peut permettre à l'hôpital Erasme de prendre des mesures pour faire perdurer ou accroître cette dynamique de groupe qui s'est créée au sein des équipes, mais également préserver la motivation de son personnel dans leur pratique journalière post-Covid-19.

### **3.3.5. Les limites.**

Bien qu'il existe de nombreuses motivations positives qui m'ont poussé à aborder ce sujet, il me semble important de soulever certaines limites de mon travail.

En raison des ressources et temps limités, ce sujet n'a pas pu être suffisamment approfondi. Par conséquent, les résultats obtenus ne sont pas généralisables et ils ne s'appliquent qu'à notre échantillon de recherche. En effet, l'arrivée du Covid-19 a été si soudaine que le temps d'adaptation nécessaire pour bien traiter le sujet a manqué. D'autre part, les ressources

disponibles, n'ont permis d'appréhender qu'un échantillon de petite taille, qui ne permet pas de valider nos résultats à un niveau supérieur.

En outre, le guide d'entretien se limite à certaines informations et mérite d'être approfondi.

De plus, mon expérience en tant que soignant m'a peut-être orienté à certaines informations et concepts théoriques, qui peuvent avoir affecté la manière dont les résultats sont ont été recherchés et interprétés.

### **3.3.6. Pistes de réflexion**

Notre recherche a mis en évidence quelques raisons qui ont poussé des soignants à se porter volontaires pour le service Covid-19. Compte tenu du contexte, ce type d'étude pourrait être mené à une plus grande échelle dans d'autres institutions, avec une méthodologie plus rigoureuse. Cela pourrait mener à des adaptations pour répondre aux besoins des soignants et assurer la qualité des soins.

Afin de maintenir la motivation au travail des soignants, il serait important d'améliorer ou de réorganiser leur environnement de travail (moins de tâches administratives, augmenter le personnel, etc.).

#### **3.3.6.1. Préconisations et perspectives**

De notre étude, nous retiendrons comme enseignement que, l'entraide et l'esprit d'équipe ont joué un rôle majeur dans la motivation des soignants, ce que souligne également la méta-analyse réalisée par (Dilig-Ruiz, et al., 2018), en affirmant que la cohésion et le travail d'équipe sont des facteurs positifs et significatifs pour augmenter la satisfaction au travail. Ainsi, (Péoc'h & Ceaux, 2012) nous expliquent que la satisfaction est une variable de la motivation et de l'engagement du sujet dans son travail. Elle entraîne des comportements et des attitudes (cognitives, affectives et psychologiques) propres à chacun.

Nous préconisons, dès lors, que la cohésion d'équipe soit promue dans le cadre du travail en groupe et qu'elle fasse partie intégrante du travail managérial. Cependant, ce facteur de motivation n'est pas à prendre en considération de façon isolée. En effet, il est conditionné par un environnement de travail apaisant, sécurisant, où règne un bon climat éthique et une organisation qui offre la liberté de penser et d'agir selon les valeurs propres que chacun considère comme étant à l'origine de son engagement dans le métier de soignant.

Cette partie peut également être envisagée sur trois niveaux. En effet, en nous appuyant sur les résultats obtenus auprès des acteurs de terrain, il est important d'envisager ces différents niveaux simultanément afin de cerner au mieux ce concept de motivation dans le cadre du travail de soignant.

- Au niveau individuel : Il est important de remettre en question les valeurs du personnel infirmier, qui sont à la base de leur engagement dans la formation infirmière. A quels besoins espèrent-ils répondre en participant à cette formation ?
- Au niveau contextuel : L'environnement de travail joue un rôle capital dans l'implication au travail. En effet, le changement de contexte et le climat de travail sont des données importantes qu'il convient d'analyser afin de comprendre au mieux les changements de motivation qui s'opèrent en cours de carrière.
- Au niveau institutionnel : Quel mécanisme ou quelle politique sont mis en place au sein de l'institution afin d'offrir la liberté aux professionnels soignants d'appliquer l'art de soigner.

Ces différents niveaux pourraient être envisagés sous l'angle de l'éthique organisationnelle, comme expliquée plus haut.

## 4. CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail a permis d'apporter des éléments de réponse à notre sujet de recherche, sur la motivation des soignants dans le service covid-19. Cette recherche débute avec mon expérience professionnelle en tant que soignant. Nouveau dans le milieu, c'est sans tarder que j'ai pu me rendre compte des difficultés auxquelles le personnel soignant est constamment confronté dans sa pratique. L'une d'elles est la charge de travail. Elle est souvent devenue sujet de discussion au sein des équipes compte tenu de son impact sur la qualité du service fourni, mais également en raison de la souffrance qu'elle inflige au niveau psychologique. Après avoir été témoin des larmes de certains collègues, liées à une charge de travail trop importante pour le personnel disponible, j'ai commencé à m'interroger sur ce que signifie le terme « travail ». L'art de soigner n'est-il pas supposé relever du dévouement, de la joie de prendre soin de l'autre ? Le « travail » n'est-il pas supposé être un moyen d'épanouissement dans lequel chacun est invité à exprimer sa singularité ?

Après maintes réflexions, la première question de recherche a émergé : **Qu'en est-il de la question du bien-être au travail des soignants en institution de soins ?**

Ce travail a commencé par l'élaboration d'un cadre théorique qui a permis de retracer l'évolution du terme « travail », ainsi que les différentes transformations qui se sont opérées jusqu'à ce jour. Ensuite, il nous a semblé important d'aborder la question du « sens » dans les activités, compte tenu de ce qu'il apporte au niveau individuel et collectif. Suite à l'arrivée de la pandémie de Covid-19, toutes les institutions ont dû revoir leur mode de fonctionnement et les équipes ont été restructurées. Par conséquent, il était devenu impossible de poursuivre notre objectif premier. Face à l'augmentation du nombre des personnes contaminées par le coronavirus, plusieurs unités ont été transformées en service Covid-19, afin d'éviter la propagation du virus. Dès lors, il fallait trouver des soignants volontaires pour aller travailler dans ces unités. Beaucoup de soignants se sont portés volontaires pour aller travailler dans ces différentes unités Covid-19. Agréablement surpris par ce constat, après discussion avec mes supérieurs hiérarchiques ainsi qu'avec mon promoteur, il a semblé opportun de réorienter la recherche afin de l'adapter au contexte. La nouvelle question de recherche se formule donc ainsi : **Quelles sont les sources de la motivation du personnel soignant qui s'est porté volontaire dans le service Covid-19. Ces sources varient-elles par rapport à leurs pratiques d'hier ?**

La seconde partie de ce travail débute avec la revue de la littérature sur la motivation au travail. Cela a permis d'énumérer quelques définitions de la motivation, ainsi que d'établir une

distinction entre les motivations intrinsèque et extrinsèque, susceptibles d'expliquer le comportement d'un individu.

En prenant appui sur cette distinction, nous avons fait le point de la situation chez les soignants, en identifiant quelques facteurs de motivation et de satisfaction spécifiques à leur pratique. Nous avons clôturé cette partie par une contextualisation de la maladie de Covid-19.

Par ailleurs, pour répondre à la question de recherche et pour rendre compte de la réalité de terrain, nous avons interrogé les acteurs et nous avons analysé leurs propos à l'aide de la méthode qualitative, qui permet de comprendre les attitudes et les comportements des individus en situation. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs. Un guide reprenant des questions bien précises avait été élaboré au préalable afin de permettre l'encadrement des entretiens. A cette occasion, nous avons pu identifier les sources de motivation du personnel volontaire. En effet, à travers des entretiens, les soignants ont pu s'exprimer sur leur motivation en général avant et pendant la covid-19, ainsi que les différents affects qui influencent cette motivation dans leur pratique journalière. On a pu constater que les sources de motivations étaient diverses d'une personne à une autre. Cependant, presque à l'unanimité, ils mettent en avant, l'esprit d'équipe, l'entraide lors de la crise comme moteur motivationnel. Certains espèrent que cette dynamique se poursuivra après le retour à la normale.

Nous avons pu constater que cette expérience a permis de « redémarrer le moteur » de certains qui n'étaient plus spécialement motivés par leur pratique. Cependant, pour d'autres, si la crise de covid-19 est vécue comme une belle expérience, comme une nouvelle façon de travailler, une autre motivation, elle n'est pas plus motivante que la pratique ordinaire.

En outre, bien que nous ayons essayé d'être objectif au maximum, il se trouve que certaines limites biaisent les résultats et il est essentiel de les identifier. Notamment, la petite taille de l'échantillon étudié et le vécu du chercheur en tant qu'acteur sur le terrain peuvent jouer un rôle dans l'interprétation des résultats, ce qui est une faiblesse et ne permet pas que cette étude soit généralisable.

Malgré cela, ce travail a été une expérience enrichissante. Grâce aux données recueillies, nous avons pu prendre connaissance, du vécu et de la perception des autres prestataires de soins au cours de cette période bien particulière. Au regard de nos données, il nous est impossible de confirmer ou d'infirmer que la pratique, dans le contexte Covid-19, est plus motivante ou moins motivante que la pratique journalière avant la Covid-19. De plus, il aurait été intéressant de

connaître la motivation du personnel de nuit qui preste pendant plus de 10h dans ces conditions. Est-ce que la motivation est toujours la même ? D'où le sentiment d'un travail inachevé, qu'il serait important de poursuivre à plus grande échelle.

## 5. Bibliographie

- Aujoulat, I. (2020). WFSP2106: Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Récupéré sur Université Catholique de Louvain , Woluwé-Saint-Lambert
- Azzahra Lahrizi, F. (2015). Une analyse multi niveaux de l'éthique organisationnelle : Une étude exploratoire menée auprès de 25 dirigeants québécois. Montréal. Récupéré sur [biblos.hec.ca/biblio/theses/2015NO18.PDF](http://biblos.hec.ca/biblio/theses/2015NO18.PDF)
- Belrhiti, Z. (2013). Les facteurs de motivation des soignants . Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/280085291\\_Les\\_facteurs\\_de\\_motivation\\_des\\_soignants](https://www.researchgate.net/publication/280085291_Les_facteurs_de_motivation_des_soignants)
- Bergeron, T. (2018). Les valeurs comme cadre explicatif des attitudes sur l'immigration. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/notesrecherche/ThomasBergeronValeurs2018.pdf>
- Bernard Fusulier, T. M. (2012, Février). Être infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone. Belgique.
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). *Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail* (Vol. 318). doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>
- Bouhon. (2020). L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : esquisse d'un régime d'exception. (2446). Consulté le 04 21, 2020, sur <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2020-1-page-5.htm>
- CEDIP. (2018, 06). Comment donner du sens au travail. Récupéré sur [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_no79\\_5\\_cle7b13fb-2.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_no79_5_cle7b13fb-2.pdf)
- CFAI. (2020, 04 19). Application des lignes directrices par les acteurs de la santé et actions ultérieures. Récupéré sur [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2020\\_04\\_19\\_avis\\_covid\\_19-\\_cfai\\_-\\_fr\\_nl.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2020_04_19_avis_covid_19-_cfai_-_fr_nl.pdf)
- Champenois, C. D. (2013). Les DRH face à la perte de sens au travail : mythe ou réalité en entreprise ? Récupéré sur [---

51 | Page](https://mba-</a></p></div><div data-bbox=)

rh.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/site/mba\_rh/pdf/Travaux\_anciens/Memoire\_RH10\_DRHfacealapertedesensautravai.pdf

- Claude Dubar, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1991, 278 p. , 18-19,1992 (1992). doi:<https://doi.org/10.7202/1002611ar>
- Collange, J.-F. (1993). A la sueur de ton front. *Autres Temps. Les cahiers du christianisme social*.(40), pp. 20-26. doi:10.3406/chris.1993.1623
- David, D. D.-S. (2013). Le bien-être au travail : ou en est-on au sein de l'hôpital public? Récupéré sur <file:///C:/Users/Brown/Desktop/memoire%20document/apres%20correction%20professeur/bien-etre%20de%20soignant%20et%20la%20d%C3%A9terioration%20des%20conditions%20et%20la%20reconnaissance.pdf>
- Delassus, E. (2013, Novembre 25). *HAL*. Consulté le Mars 13, 2020, sur HAL.Archives-ouvertes.fr: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00853938>
- Develle, J. (2009). Les professionnels de la santé en Europe, Effectifs, Formations, Reconnaissance des professions, Mobilité,. France. Consulté le 04 17, 2020
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance du système de Santé Belge - Rapport 2019*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Health Services Research. doi:D/2019/10.273/33
- Dilig-Ruiz, A., Macdonald, I., Demery Varin, M., Vandyk, A., D.Graham, I., & E.Squires, J. (2018, 12). Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. Ottawa, Canada. Récupéré sur <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014>
- Dupuis, L. (2004). L'éthique au service du management, concilier autonomie et engagement pour l'entreprise . Récupéré sur [http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/017/17\\_83.pdf](http://www.stephanehaefliger.com/campus/biblio/017/17_83.pdf)
- Dupuis, M. (2014). *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé, ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes* (éd. Seli Arslan SA). Paris: Seli Arslan.
- Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W. (2015). *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins* (éd. 1re). (S. Arslan, Éd.) Paris.

- ECDC. (2020). *Centre européen de prévention et de contrôle des maladies*. Consulté le 04 19, 2020, sur [ecdc.europa: https://www.ecdc.europa.eu/en/factsheet-health-professionals-coronaviruses](https://www.ecdc.europa.eu/en/factsheet-health-professionals-coronaviruses)
- Estryn-Béhar, J.-m. L. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. doi::10.1016/j.medpal.2010.02.002
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. (P. d. l'EHESP, Éd.) paris. Consulté le Mars 14, 2020, sur <https://www.cairn.info/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail--9782859529468.htm?contenu=sommaire>
- FNESI. (2017). Histoire de la formation en soins infirmiers. Consulté le Mars 15, 2020, sur Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Soins Infirmiers: <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2016/09/S49-BD2.pdf>
- Fran Hadley, K. G. (2004, 03 31). évaluation de l'utilisation de la conformité et de l'efficacité des outils de mesures de la charge de travail du personnel infirmier. *Canadian Nurses Association*, 3. Consulté le 04 16, 2020, sur [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/workload\\_measurement\\_tools\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/workload_measurement_tools_f.pdf)
- Furstenberg, C. (2017, 06 22). L'éthique organisationnelle. *IFSI de la croix rouge*. Récupéré sur [https://www.researchgate.net/publication/317740700\\_L%27ethique\\_organisationnelle](https://www.researchgate.net/publication/317740700_L%27ethique_organisationnelle)
- Gaziaux, E. (2018). LTECO2103, Questions d'éthique chrétienne. Récupéré sur Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert
- Guillemette, F., & Leblanc, C. (2013). Favoriser l'expression de la motivation chez les étudiants. (L. Charbonneau, A. Huot, M.-M. Lemieux, & C. Lessard, Éds.) *Échange de Bonnes pratiques entre enseignants de niveau universitaire*, 2(4). Consulté le Mars 1, 2020, sur <http://pedagogie.uquebec.ca/sites/default/files/documents/numeros-tableau/letableau-v2-n4-2013.pdf>
- Gurria, A. (2020). Coronavirus (COVID-19) : Des actions conjointes pour gagner la guerre . Récupéré sur [https://oecd.dam-broadcast.com/pm\\_7379\\_119\\_119683-snnm6kjb2v.pdf](https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119683-snnm6kjb2v.pdf)
- H.E.Gendolla, G. (2020). Le concept de la motivation: Définition et histoire. Genève. Récupéré sur <https://www.unige.ch/fapse/motivation/coursgendolla.pdf>

- Herbeaux, V., & Ndaye, S. (2015). L'Art infirmier : Profession en pleine mutation. Consulté le 04 21, 2020, sur <http://www.cjg.be/wp-cont/uploads/2015/10/Etude-CJG-Ref-Infirmiere.pdf>
- Hesbeen, W. (2011). Compétence soignante, formation initiale et évaluation. *Perspective soignante*(41). Récupéré sur [http://www.gefers.fr/uploads/orga/2011-competence\\_soignante\\_formation\\_initiale\\_et\\_evaluation-wh.pdf](http://www.gefers.fr/uploads/orga/2011-competence_soignante_formation_initiale_et_evaluation-wh.pdf)
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. pp. 173-177. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-173.htm>
- Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité* (éd. 3e). (E. Masson, Éd.) Paris.
- Hesbeen, W. (2018). WFSP2232 Epistémologie et démarche clinique. Récupéré sur Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert
- Hirèche, L. (2004). L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle : Esquisse d'un modèle conceptuel. Récupéré sur [https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2883/Hireche\\_Lorea.pdf](https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2883/Hireche_Lorea.pdf)
- Hôpital Erasme. (2017). *Hôpital Erasme*. Récupéré sur <https://www.erasme.ulb.ac.be/>: <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/a-propos-de-l-hopital>
- KCE. (2012). Position Paper : organisation des maladies chroniques en Belgique. Récupéré sur [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_190B\\_organisation\\_soin\\_malades\\_chroniques\\_Position%20Paper\\_0\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190B_organisation_soin_malades_chroniques_Position%20Paper_0_0.pdf)
- KCE. (2019). Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Récupéré sur [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_325B\\_Dotation\\_infirmiere\\_synthese\\_2nd\\_edition.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf)
- L'Union Générale des Infirmiers de Belgique . (2019). Union Générale des Infirmiers de Belgique, ensemble pour une politique plus juste et positive envers la profession infirmière. Récupéré sur <https://www.auvb.be/userfiles/Memorandum%20AUVB%20FR.pdf>
- Laurent, R.-M. (2013, Avril). les combats des infirmiers en regard de leur histoire. 54. Liège, Belgique.

- Levy-Leboyer, C. (2006). *La Motivation au travail*. Paris: Groupe Eyrolles. Récupéré sur <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/la-motivation-au-travail-9782708137219/>
- Levy-Leboyer, C. (2006). *Re-Motiver au travail* (éd. D'Organisation). Paris: EYROLLES. Consulté le 04 28, 2020, sur <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/re-motiver-au-travail-9782212538441/>
- Lheureux, F. (2010). Professional representations, job satisfaction, and career choice of nurses: The role of autonomy values. Récupéré sur <http://psychologie.univ-fcomte.fr/download/section-psychologie/document/pdf/lheureux--2010----repre-sentations-professionnelles--satisfaction-au-travail-et-choix-de-carri-re-des-personnels-infirmiers.pdf>
- Maulini, O. (2010). *Travail, travail prescrit, travail réel*. (G. FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Éd.) Lausanne. Consulté le Mars 14, 2020, sur <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:38469>
- Méda, D. (2010). *L'avènement du travail*. Paris Cedex 14, France: Presses Universitaires de France. Consulté le Mars 1, 2020, sur <https://www.cairn.info/le-travail--9782130578994-page-7.htm>
- Méda, D. (2018). *Le Travail* (éd. 6). Que sais-je ?
- Meier, S. (2016). Les valeurs personnelles de Schwartz: étude des liens avec les traits de personnalité et les intérêts professionnels. Récupéré sur [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_S\\_000000024462.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_000000024462.P001/REF)
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Quebec. Consulté le Mars 20, 2020, sur <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-543.pdf?v=2020-05-27>
- Murelles, T., Robinson, S., & Griffiths, P. (2008, October 31). Is satisfaction a direct predictor of nursing turnover? Modelling the relationship between satisfaction, expressed intention and behaviour in a longitudinal cohort study. *Human Resources for Health*, pp. 6-22. doi:10.1186/1478-4491-6-22
- Normand, G. (2012). *éthique appliquée*. Récupéré sur [http://www.ethiqueappliquee.com/2012/05/ethique-personnelle-ethique\\_3025.html](http://www.ethiqueappliquee.com/2012/05/ethique-personnelle-ethique_3025.html)

- OCDE. (2014, Aout 20). Personnel infirmier. (OCDE, Éd.) *Panorama des statistiques de l'OCDE 2014 : Economie, environnement et société*, pp. 250-251. doi:10.1787/factbook-2014-104-fr
- OCDE. (2017). Personnel Infirmier . *Health at a Glance 2017, OECD Indicators*. doi:[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-56-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-56-fr)
- OCDE. (2019). *L'avenir du travail, Perspectives de l'emploi de l'OCDE*. doi:[doi:doi.org/10.1787/b7e9e205-fr](https://doi.org/10.1787/b7e9e205-fr)
- OCDE. (2019). *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OCDE. doi:<https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>
- OCDE. (2019). State of Health in the EU Belgique, Profils de santé par pays 2019. Récupéré sur [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_be\\_french.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf)
- Oiiq. (2019). *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Consulté le 05 26, 2020, sur Oiiq.org: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>
- OMS. (2006). Travailler ensemble pour la santé. Récupéré sur [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43433/924256317X\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43433/924256317X_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- OMS. (2010). Déclaration de principes. Consulté le 2010, sur [http://www.hsa.edu.pk/irc/irc-data/e-library/pdf/str\\_doc/Global%20Health%20Workforce%20Alliance%20-%20Value%20Statement%20-%20French.pdf](http://www.hsa.edu.pk/irc/irc-data/e-library/pdf/str_doc/Global%20Health%20Workforce%20Alliance%20-%20Value%20Statement%20-%20French.pdf)
- OMS. (2020). *who.int/fr/*. Consulté le 04 2020, sur Nouveau coronavirus (2019-nCoV) - World Health Organization: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. OMS. Consulté le Mars 21, 2020, sur [https://www.who.int/phe/publications/workers\\_health\\_global\\_plan/fr/](https://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/fr/)
- Pablo Medina, A. (2013). Le rôle de la communication dans l'éthique organisationnelle. *31/2*. doi:<https://doi.org/10.4000/communication.4503>
- Paquiot-Papet, J. (2015, 03 15). La motivation aux études et les dispositifs de formation : une comparaison dispositif alternance et dispositif classique. doi:10.4000/osp.454

- Parlement européen. (2020, 04 02). <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/reponse-de-l-ue-face-au-coronavirus/20200327STO76004/coronavirus-10-mesures-de-l-union-europeenne-pour-lutter-contre-la-pandemie>. Consulté le 04 2020, 2020, sur Parlement européen: <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/reponse-de-l-ue-face-au-coronavirus/20200327STO76004/coronavirus-10-mesures-de-l-union-europeenne-pour-lutter-contre-la-pandemie>
- Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse . Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-53.htm>
- Polomeni, A. (2015, Mars 14). La question du sens au travail en institution hospitalière. *Psycho-Oncologie*(9), pp. 19-25. doi:<https://doi.org/10.1007/s11839-015-0501-y>
- Repond, T. (2012). Les facteurs de motivation infirmière assurant la pérennité d'un soin de qualité afin de prévenir les infections nosocomiales en milieu hospitalier. Récupéré sur [https://doc.rero.ch/record/31345/files/REPOND\\_Tracy.pdf](https://doc.rero.ch/record/31345/files/REPOND_Tracy.pdf)
- Roussel, P. (2000, 10). La motivation au travail - Concept et théories. *LIHRHE*. Récupéré sur [http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/lirhe\\_note\\_326-00.pdf](http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/lirhe_note_326-00.pdf)
- Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. (2017). *Burnout et Travail*. Conseil supérieur de la santé, Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. Bruxelles: .Be. Consulté le Mars 29, 2020, sur [file:///C:/Users/Brown/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/css\\_9339\\_burn\\_out\\_a4\\_28092017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Brown/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/css_9339_burn_out_a4_28092017%20(1).pdf)
- SPF Santé publique. (2002). Loi relative aux droits du patient. Récupéré sur [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/wet\\_betreffende\\_de\\_rechten\\_van\\_de\\_patient\\_-\\_geconsolideerde\\_versie\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_betreffende_de_rechten_van_de_patient_-_geconsolideerde_versie_fr.pdf)
- SPF santé publique. (2015). profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Récupéré sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/profil-professionnel-et-de-competences-de-linfirmier-responsable-de-soins-generaux>

- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2018). *La planification de l'offre médicale en Belgique, Cellule Planification des professions des soins de sante*. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Consulté le Mars 1, 2020, sur [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport\\_annuel\\_2017\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_annuel_2017_fr.pdf)
- STATBEL. (2019, 06 17). <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>. Consulté le 04 21, 2020, sur STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
- Strandell, H., & Wolff, P. (2017). *Chiffres clés de l'Europe*. Union Européenne. Luxembourg: Eurostat. doi:10.2785/9506
- Tetakounte, Y. F. (2016). Quels sont les facteurs qui peuvent amener les salariés à s'impliquer dans la structure qui emploie. Lille. Récupéré sur <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3dc3b852-98fb-4a3a-b99b-4192f9dfb167>
- Thiry, E. (2020, 03 22). Risque zoonotique du SARS-CoV2 (Covid-19) associé aux animaux de compagnie : infection de l'animal vers l'homme et de l'homme vers l'animal. Récupéré sur [http://www.afsca.be/comitescientifique/avis/2020/\\_documents/Conseilurgentprovisoire\\_04-2020\\_SciCom2020-07\\_Covid-19petitsanimauxdomestiques\\_27-03-20\\_001.pdf](http://www.afsca.be/comitescientifique/avis/2020/_documents/Conseilurgentprovisoire_04-2020_SciCom2020-07_Covid-19petitsanimauxdomestiques_27-03-20_001.pdf)
- UNESSA.ASBL. (2018). *Rapport d'activités 2018*. Unessa.ASBL, Erpent. Consulté le Mars 15, 2020, sur <http://fihasbl.be/getattachment/5d8984b8-9eda-4582-bcb3-d9561e7d286a/Rapport-d-activites-2018.aspx>
- Van De Voorde, C., Van Den Heede, K., Beguin, C., Bouckaert, N., Camberlin, C., De Bekker, P., . . . Van Ginneken, E. (2017). *apacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologie complexe, la radiothérapie et la maternité*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Health Services Reasearch. doi:D/2017/10.273/43
- Venaut, F. (2003, Juillet 14). (C. d. Sante, Éd.) Consulté le Mars 25, 2020, sur Cadre de Sante: <https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Donner-du-sens-aux-valeurs>
- Wisner, T. (2016, 06 13). Motivation au travail dans les institutions publiques et l'effet des facteurs culturels : une illustration dans le contexte Haïtien. Récupéré sur

file:///C:/Users/Brown/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/THOMAS2016%20(3).pdf

