
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : À quand les MR/MRS magnétiques
? Analyse du contexte organisationnel et managérial des équipes
pluridisciplinaires en MR/MRS**

Auteur : Kaivers, Vinciane

Promoteur(s) : Paquay, Meryl

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16963>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**À QUAND LES MR/MRS MAGNÉTIQUES ?
ANALYSE DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL
DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES EN MR/MRS**

Mémoire présenté par **Vinciane KAIVERS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2022-2023

À QUAND LES MR/MRS MAGNÉTIQUES ?
ANALYSE DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET MANAGÉRIAL
DES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES EN MR/MRS

Mémoire présenté par **Vinciane KAIVERS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2022-2023

Promoteur : **Méryl Paquay**

Remerciements

Ce mémoire vient clôturer trois années d'études au sein du département des Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège.

Je tenais à adresser mes remerciements à ma promotrice, Méryl Paquay, pour son soutien, ses interventions constructives et sa disponibilité durant cette année.

Je remercie également Mme Dardenne pour ses recommandations en ce qui concerne l'aspect statistique.

Je remercie l'ensemble de mes collègues qui m'ont toujours encouragée et rassurée, particulièrement durant les sessions d'examens.

Enfin, je remercie chaleureusement mon compagnon pour son réconfort et ses relectures.

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract	6
Préambule	7
1. Introduction.....	8
1.1 Vieillessement de la population	8
1.2 Les ressources humaines en MR/MRS	9
1.3 Les conséquences de la difficulté à recruter en MR/MRS.....	10
1.4 Le management pour fidéliser le personnel soignant ?.....	11
1.5 Contexte actuel	13
1.6 Objectifs et hypothèses.....	13
2. Matériel et méthodologie	13
2.1 Type d'étude.....	13
2.2 Population étudiée	14
2.2.1 Critères d'inclusion	14
2.2.2 Critères d'exclusion	14
2.2.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon.....	14
2.3 Paramètres étudiés et outils de collecte des données	15
2.4 Organisation et planification de la collecte de données	16
2.5 Traitement des données et méthodes d'analyse.....	16
2.6 Contrôles qualité	17
2.7 Éthique et confidentialité.....	17
3. Résultats	19
3.1 Description de la population étudiée.....	19
3.2 Score quantitatif par dimension.....	20
3.3 Degré de concordance entre thématiques	21
3.4 Le soutien hiérarchique.....	22
3.5 Résultats en fonction du secteur.....	23
4. Discussion	25
4.1 Vision globale	25
4.2 Comment diriger une maison de repos ?	25
4.3 Comment se sent le personnel ?	28
4.4 L'impact du secteur	29
4.5 Pistes de réflexion	30
4.6 Forces et limites de l'étude	31
4.7 Perspectives.....	31

5. Conclusion	32
6. Bibliographie.....	33
ANNEXE 1 : Questionnaire COMEt©	42
ANNEXE 2 : Demande d'avis et réponse du comité d'éthique	58
ANNEXE 3 : Récapitulatif des scores pour chaque item (N=386)	63
ANNEXE 4 : Résultats statistiques en fonction du secteur	67

Résumé

Objectif : Le vieillissement de la population engendre une demande croissante des places en maisons de repos/maisons de repos et de soins (MR/MRS). Cependant, les directions éprouvent des difficultés majeures à recruter du personnel soignant et paramédical. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si le contexte organisationnel et managérial est associé aux attitudes (satisfaction, engagement, intention de quitter...) du personnel soignant et paramédical travaillant en MR/MRS. Un autre objectif concerne la comparaison des trois secteurs d'activité (commercial, associatif et public).

Matériel et méthodologie : Le contexte organisationnel a été évalué grâce au questionnaire validé COMEt©. Le questionnaire a été diffusé en ligne auprès de personnes travaillant comme soignant ou paramédical dans une MR/MRS située en Région Wallonne. Des analyses statistiques ont été menées sur les données obtenues.

Résultats : Les 386 questionnaires récoltés ont mis en évidence que, sur les 18 dimensions évaluées, 11 n'étaient pas suffisamment développées. Le management, le soutien du supérieur, la communication, la satisfaction au travail entre autres sont perçus négativement. La fonction de directeur est mise à mal par rapport à celle d'infirmier chef. Le personnel est en demande de reconnaissance, de rôles et de tâches définis, d'autonomie et de davantage d'apprentissage. Les MR/MRS associatives se révèlent mieux perçues que les MR/MRS publiques et privées commerciales. Le personnel y est plus satisfait, mieux soutenu et moins enclin à quitter son poste.

Conclusion : La construction d'un nouveau modèle de gouvernance devrait permettre d'améliorer la satisfaction du personnel pour, à terme, augmenter la rétention et ainsi augmenter la qualité de prise en charge des aînés.

Mots-Clés : Maison de repos et de soins – Management – Satisfaction au travail – Attractivité – Fidélisation – Soignant – Paramédical

Abstract

Objective : The aging of the population generates a growing demand for places in nursing homes. However, the management experiences major difficulties in recruiting nursing and paramedical staff. The main objective of this study is to determine if the organizational and managerial context is associated with the attitudes (satisfaction, commitment, intention to leave...) of the nursing and paramedical staff of the nursing homes. Another objective concerns the comparison of the three institutional forms (for-profit, non-profit and public).

Material and methodology : The organizational context was assessed using the validated COMEt© questionnaire. This questionnaire was distributed online to people working as nursing or paramedical staff in nursing homes located in the Walloon Region. Statistical analyses were carried out on the data obtained.

Results : The 386 questionnaires collected revealed that, out of the 18 dimensions assessed, 11 were not sufficiently developed. The management, the support received from the hierarchical superior, communication, job satisfaction among others are perceived negatively. The function of director is badly compared to that of the head nurse. The staff want recognition, defined roles and tasks, autonomy and further training. The non-profit organizations are better perceived than public and for-profit ones. The staff in the former are more satisfied, better supported and less inclined to leave their posts.

Conclusion : The construction of a new governance model should make it possible to increase staff satisfaction so as to retain them better and thus provide higher quality of care for the elderly.

Keywords : Nursing home – Management – Job satisfaction – Attractiveness – Loyalty – Caregiver – Paramedics

Préambule

Travaillant comme logopède en maison de repos et de soins depuis 12 ans, réaliser mon mémoire de fin d'études dans ce secteur me semblait une évidence.

Il me tenait à cœur de mettre en avant les maisons de repos et leurs collaborateurs car, avouons-le, ce n'est pas le secteur le plus médiatisé et mis en avant. Il aura fallu une crise sanitaire mondiale pour que les MR/MRS fassent la Une des journaux.

Ayant choisi la finalité « gestion des établissements de soins », qui m'ouvre la porte à un éventuel poste de direction, explorer la perception du contexte organisationnel en interrogeant le personnel soignant et paramédical allait s'avérer riche en enseignements.

1. Introduction

1.1 Vieillesse de la population

Au niveau mondial, l'espérance de vie augmente d'année en année (1). En Belgique, elle est passée de 77,79 ans en l'an 2000 à 80,79 ans en 2020 (2). Cela s'explique entre autres par les avancées médicales, l'amélioration des modes de vie et un meilleur niveau d'éducation (3). Par ailleurs, le taux de fécondité diminue (4) ; par conséquent, les pyramides des âges se modifient : le nombre de personnes âgées va ainsi doubler d'ici 2050 (5).

Ce vieillissement de la population se traduit par une augmentation des besoins d'accompagnement des personnes devenues dépendantes. En effet, les gens vivent plus longtemps mais de plus en plus avec une maladie chronique, voire plusieurs (6,7). Comme l'évoque Lussier (7, p116) : « La population âgée et très âgée qui bénéficie de l'amélioration de son espérance de vie en bonne santé a la particularité de cumuler la polyopathie et la chronicité. »

Parmi ces pathologies chroniques, citons la démence, qui touche principalement les personnes âgées et qui est la principale cause d'entrée en institution (8). Selon les projections de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la démence devrait toucher 82 millions de personnes en 2030 et 152 millions d'ici 2050 (9). Ces personnes, en perte d'autonomie et ayant besoin de soins de longue durée, doivent parfois quitter leur domicile et intégrer une maison de repos (MR) ou une maison de repos et de soins (MRS). Un premier défi est donc de répondre à la demande croissante d'institutionnalisation (10). Selon le modèle de prédiction élaboré en 2011 par le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) (11), une augmentation annuelle de 1500 à 3600 lits en maisons de repos sera nécessaire d'ici 2025. En Belgique, il existe trois types de pouvoir organisateur parmi les MR/MRS (12) : public, associatif (à but non lucratif) et privé commercial.

Le deuxième défi découle directement du premier. Si le nombre de MR/MRS augmente, le recrutement du personnel devra augmenter également. Mais, comme Van der Linden l'exprime dans son ouvrage (10, p212) : « Les structures d'hébergement à long terme pour personnes âgées sont confrontées au défi d'attirer et de fidéliser un personnel compétent et stable. »

1.2 Les ressources humaines en MR/MRS

Les directions des MR/MRS sont confrontées à la difficulté de recruter du personnel soignant et paramédical qualifié et de le maintenir à son poste (13,14). Ce dernier aspect fait appel à la notion de fidélisation du personnel qui correspond, selon Peretti et Swalhi (15, p281) à : « l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés ». Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène.

Premièrement, le milieu de la gériatrie reste un domaine peu valorisé et peu valorisant. Les MR/MRS véhiculent souvent une image négative, elles nous renvoient à nos peurs liées à la vieillesse et à la dépendance (16). De plus, les postes à pourvoir sont davantage perçus comme relevant de l'accompagnement psycho-social plutôt que de techniques de soins. Dès lors, les nouveaux diplômés préfèrent s'orienter vers le milieu hospitalier (17). Enfin, ces deux dernières années, ces établissements ont fait la Une des journaux, d'une part pour la surmortalité lors de la pandémie Covid-19 (18), d'autre part pour des cas de maltraitance et/ou de mauvaise gestion (19,20). Tous ces éléments mènent *in fine* à une plus faible attractivité du secteur.

Deuxièmement, il y a une pénurie d'infirmiers. De 2007 à 2011, la proportion d'étudiants infirmiers diplômés a augmenté, passant de 20,1% à 59,6%. Depuis, ce chiffre a régressé et s'est stabilisé autour de 55% (21). Cette pénurie risque donc de s'aggraver, d'autant plus que plusieurs études (14,22) ont montré qu'en milieu hospitalier, environ 32% des infirmiers ont l'intention de quitter leur poste. Le domaine des MR/MRS, moins documenté, est également touché par cette pénurie (13,23) qui, dans ce cas précis, concerne le recrutement d'infirmiers, mais aussi d'aides-soignants et de kinésithérapeutes.

Troisièmement, les professionnels de la santé sont particulièrement touchés par un état de mal-être (24). Ce dernier s'explique majoritairement par des conditions de travail stressantes : surcharge de travail, tâches exigeantes physiquement et psychologiquement (25). Ce mal-être se marque d'autant plus au sein des établissements privés à visée commerciale (26,27,28) où le personnel soignant est moins nombreux. En effet, en termes d'équivalents temps plein (ETP) concernant le personnel soignant, pour 30 lits, le secteur privé commercial comptabilise 9,70 ETP contre 11,36 ETP pour le secteur public et 11,39 ETP pour le secteur associatif (23).

En outre, les études montrent que les travailleurs en MR/MRS courent un risque élevé de développer un burn-out (29,30). Ce risque est encore plus élevé dans les établissements accueillant des résidents atteints d'une démence (31). La crise Covid-19 également aura des retombées sur le bien-être des travailleurs (32,33). En effet, diverses études révèlent un plus haut niveau de stress chez les soignants ayant côtoyé des patients infectés, avec le risque de développer à moyen et long terme un syndrome de stress post-traumatique, un burn-out voire des conduites addictives (34,35).

1.3 Les conséquences de la difficulté à recruter en MR/MRS

Hayes et ses collaborateurs ont démontré qu'un infirmier satisfait de son travail est moins enclin à quitter son poste pour un autre (36). Entre en jeu la notion de satisfaction au travail qui est définie par Locke (37, p1300) comme étant : « Un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation de son travail ou des expériences professionnelles ». Malheureusement, actuellement, le manque d'effectifs crée des conditions de travail instables et stressantes pour le travailleur qui, insatisfait, présente une probabilité plus élevée de quitter son poste (38). Cela se traduit sur le terrain par un plus grand roulement, autrement dit, un renouvellement des travailleurs. À terme, c'est le résident qui en subit les conséquences car il est prouvé qu'un taux de roulement élevé est associé à une moindre qualité des soins de la part des infirmiers et des aides-soignants (39). Ce phénomène de roulement ou, en anglais, *turnover* accroît le nombre de soignants en situation de mal-être et a comme conséquence une hausse de l'absentéisme (40) dans les établissements pour personnes âgées.

En Belgique, en 2019, le taux d'absentéisme pour cause de maladie dans les MR/MRS s'élevait à 7,45%. Ce taux est largement supérieur à la moyenne nationale qui est de 5,88% (41). L'absentéisme impose une réorganisation du service. En général, celle-ci passe soit par le remplacement de l'agent absent, soit par son non-remplacement et un travail en sous-effectif. La première option apparaît comme idéale ; pourtant, dans les faits, le remplaçant n'a pas toujours les compétences requises ou provient de l'extérieur (intérimaire). La deuxième option, choisie quand le délai de prévenance est trop court, provoque un dérèglement du travail en équipe (42). Ces situations sont source d'insatisfaction et de frustration pour les travailleurs (43). Dans ce climat, à nouveau, les conséquences sont néfastes pour les résidents (négligence, manque de respect, soins de moins bonne qualité...) (44,45). En Belgique, le KCE

relève que la surcharge de travail et le manque de formation sont deux facteurs de risque de maltraitance des aînés en MR/MRS (46). Afin d'enrayer ce cercle vicieux, il devient urgent de trouver des solutions pour améliorer la fidélisation du personnel, son bien-être et ainsi retrouver l'attrait des maisons de repos auprès des (futurs) travailleurs.

1.4 Le management pour fidéliser le personnel soignant ?

La littérature traite abondamment de l'absentéisme en recherchant les causes au détriment de la prévention. Des recommandations existent mais sont rarement mises en œuvre (47). De nombreuses recherches mettent en avant comme points de départ le contexte organisationnel et le mode de management. Comme le dit Laurent Bami (40, p173) : « L'absentéisme est le reflet des difficultés ressenties par les professionnels face au cadre organisationnel qui leur est proposé ». Ou comme l'évoque Renaud Petit (16, p35) : « Le secteur d'activité n'est pas le seul facteur explicatif de ce défaut d'attractivité, des pratiques propres aux établissements peuvent contribuer à accroître l'attractivité, la fidélisation et l'implication de leur personnel. » D'un point de vue théorique, la notion de contexte organisationnel est définie comme (48, p494) : « La perception collective et partagée entre les professionnels (...) au sujet des valeurs et croyances, des attitudes individuelles ainsi que des attributs organisationnels et managériaux ». Ce concept apparaît depuis 1970 comme décisif dans les performances d'une organisation, et central quant au management qui, lui, peut se définir comme étant une utilisation des ressources humaines, financières et matérielles pour parvenir aux buts fixés par l'entreprise avec les fonctions de planification, d'organisation, de direction et de contrôle (49).

Dans le secteur de la santé, une étude a mis en avant qu'un manque de leadership en institution de soins pouvait mener à une baisse d'implication liée au manque de reconnaissance et de communication de la part de la direction (50). Une autre étude a démontré que des soignants initialement motivés et impliqués étaient souvent insatisfaits de leur travail, la raison invoquée étant une organisation dysfonctionnelle ou, plus globalement, le management (43). Une auteure propose que, chaque travailleur ayant ses propres besoins/désirs, la relation managériale soit individualisée (51). Le projet Magnet4Europe, qui inclut la Belgique, est en train de repenser l'organisation des environnements de travail en milieu clinique afin d'améliorer la santé mentale des travailleurs (52).

En résumé, les professionnels de la santé sont demandeurs d'un management participatif, ouvert, avec la mise en place de projets et de moments d'écoute (53). La finalité de ce type de management est que, par la fidélisation d'un personnel soignant compétent, les dirigeants parviennent à obtenir une meilleure performance de leur établissement (54,55).

La majorité des études citées ci-dessus se sont consacrées au bien-être du personnel infirmier et dans une moindre mesure au métier d'aide-soignant. Y figurent très peu de données concernant les professions paramédicales, qui sont pourtant également en première ligne dans les soins et participent à la qualité et à la continuité des soins en MR/MRS. Évaluer la perception qu'ont ces professionnels de leurs conditions de travail a permis d'enrichir les conclusions de la présente étude.

La littérature concernant le management provient quant à elle essentiellement de recherches menées auprès d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) situés en France. Les politiques de gestion de ces institutions étant différentes d'un pays à l'autre, il est intéressant de se focaliser sur la perception des travailleurs en Belgique. Étant donné que les compétences concernant les établissements d'accueil et d'hébergement pour âgés sont exercées par les Régions, l'étude s'est limitée à la Région Wallonne.

Un dernier point concerne la performance qui se pose en termes de bien-être/santé pour les résidents mais aussi, et comme dans toute entreprise, en termes financiers. Les MR/MRS du secteur public ne sont pas obligés de publier leurs comptes annuels, toutefois, des chiffres issus de la Région Flamande montrent que ces établissements sont moins rentables voire déficitaires (12). Les MR/MRS du secteur associatif engrangent des bénéfices qui sont réintégrés dans l'association. Quant aux MR/MRS privées commerciales, il leur faut assurer une certaine rentabilité afin de reverser des dividendes à leurs actionnaires (56). Les chiffres cités plus haut montraient déjà un personnel soignant moins nombreux dans ces MR/MRS privées commerciales et il en est de même pour le personnel dit « autre » (administratif, entretien, cuisine). Dans ce contexte, il apparaît pertinent de s'interroger sur le ressenti des équipes œuvrant dans ces MR/MRS à but lucratif qui représentent en Région Wallonne 50% des lits pour personnes âgées (limite maximale autorisée selon le moratoire de l'AViQ, l'Agence pour une Vie de Qualité) (57) et de le comparer au ressenti de leurs pairs au sein des secteurs public et associatif.

1.5 Contexte actuel

La littérature montre que le management a des répercussions sur le bien-être du personnel soignant. Toutefois, ces études se concentrent majoritairement sur les hôpitaux et sur les infirmiers. Les maisons de repos restent moins analysées, tout comme les professions paramédicales alors que les difficultés de recrutement concernent également cette catégorie professionnelle. Par conséquent, il apparaît utile d'explorer la perception du management auprès du personnel soignant et paramédical œuvrant en maison de repos. Dès lors, la question de recherche est la suivante : quels sont les liens entre le contexte organisationnel et managérial et la fidélisation et la satisfaction du personnel soignant et paramédical dans les MR/MRS situées en Région Wallonne ?

1.6 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal : Déterminer si le contexte organisationnel et managérial (style de management, soutien du supérieur...) est associé aux attitudes (satisfaction, engagement, intention de quitter...) du personnel soignant et paramédical des MR/MRS en Région Wallonne.

L'objectif secondaire : Déterminer les profils organisationnels des différents types de MR/MRS (public, associatif, privé commercial).

Hypothèse initiale : Les scores globaux de contexte organisationnel et managérial sont faibles.

Hypothèse secondaire : Les scores de contexte organisationnel et managérial sont moins élevés chez les MR/MRS privées commerciales par rapport aux MR/MRS des secteurs associatif et public.

2. Matériel et méthodologie

2.1 Type d'étude

L'étude réalisée est une étude quantitative. Le contexte organisationnel a été évalué par la passation d'un questionnaire validé (COMEt©) à la fin duquel un score a été calculé. Cette étude est observationnelle car elle n'a impliqué aucune intervention de la part de l'équipe de recherche. Elle est également analytique et transversale. En effet, différentes variables ont été analysées afin de mettre en avant d'éventuelles associations ou profils organisationnels.

Les hypothèses détaillées ci-dessus ayant été émises sur base de la littérature et éprouvées ensuite, le raisonnement est de type déductif.

2.2 Population étudiée

La récolte des données a été effectuée auprès des collaborateurs œuvrant en MR/MRS.

2.2.1 Critères d'inclusion

- Travailler dans une MR ou MRS située en Région Wallonne.
- Être titulaire d'un diplôme d'infirmier gradué ou breveté, d'aide-soignant ou de profession paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, diététicien, éducateur, assistant social, psychologue).

2.2.2 Critères d'exclusion

- Refus de participer.
- Refus de signer le formulaire de consentement.
- Ne pas maîtriser le français.
- Les professionnels de la santé absents (congé ou maladie de longue durée).
- Les directeurs/rices.
- Les stagiaires.

2.2.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon

Pour cette étude, l'échantillon a été obtenu grâce à une méthode non-probabiliste (pas de base de sondage) : l'échantillonnage au volontaire. Les individus ont été formellement sollicités par email afin de répondre au questionnaire sur base volontaire. L'échantillonnage boule de neige a également été utilisé. En effet, les répondants ont eu l'occasion de transférer le questionnaire à leurs amis et/ou collègues et ainsi de suite. Cette méthode a eu l'avantage de fournir des données assez rapidement.

Afin de calculer le nombre de répondants nécessaire, un calcul de taille d'échantillon a été réalisé en ligne (<https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/>). Concernant la taille de la population-cible, le nombre exact de personnes répondant aux critères n'était pas connu. Au mieux, il était établi que les MR/MRS employaient environ 50000 personnes en Wallonie et à Bruxelles (chiffres Femarbel en 2019). Bien que l'étude ne ciblait que la Région Wallonne, le chiffre de 50000 personnes a été considéré. Ensuite, une marge d'erreur de 5% et un intervalle de confiance de 95% ont été fixés. Le calcul final a indiqué que la taille d'échantillon devait être de 382 participants.

2.3 Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Le contexte organisationnel a été évalué par la passation du questionnaire validé COMEt© qui est un outil quantitatif de caractérisation des contextes. Ce questionnaire COMEt© a été élaboré et validé dans le cadre du projet ThéOReM (Théories Organisationnelles, Recommandations et Management) (58). Il comporte 6 thèmes, 21 dimensions (détaillés dans le tableau 1) et 83 items.

Tableau 1. Descriptif des thèmes et dimensions du questionnaire COMEt©

Thèmes	Dimensions
Implication du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement envers le service - Acceptation des normes du service - Aspirations professionnelles (non-scorée)
Résultats perçus du fonctionnement du service	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Propension à rester - Absence de surcharge de travail - Absence d'épuisement professionnel - Efficacité perçue du service
Management du service	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de l'individu dans le collectif - Faibles pratiques discriminatoires - Attribution des tâches et des objectifs - Apprentissage organisationnel - Faible fréquence des conflits entre professionnels - Modalités de gestion des conflits (non-scorée) - Types de comportements encouragés (non-scorée)
Vie relationnelle et communication au sein du service	<ul style="list-style-type: none"> - Relations entre les professionnels paramédicaux - Relations avec et entre les médecins - Coordination au sein du service - Diffusion de l'information
Relation avec le patient et sa famille	<ul style="list-style-type: none"> - Relation avec le patient et sa famille
Soutien hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien hiérarchique

L'échelle de Likert (en 5 échelons) permet aux répondants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord à chaque item (Annexe 1). Sur les 21 dimensions, 18 scores peuvent être calculés. Le score, sur 100, exprime la moyenne d'accord par les participants vis-à-vis de l'intitulé de la dimension considérée. Trois dimensions sont non-scorées car leurs items correspondent davantage à des caractéristiques complémentaires. Ces 3 dimensions sont dites typologisées. Ce questionnaire comprend également une partie reprenant des informations socio-démographiques. Cette partie a été adaptée pour le milieu professionnel étudié (le secteur d'activité de la MR/MRS et la situation géographique).

2.4 Organisation et planification de la collecte de données

Le questionnaire a été encodé en ligne via la plateforme Googleforms. L'hyperlien (avec explication de l'étude) a été envoyé aux responsables des CPAS, aux directions des MR/MRS à qui il a été demandé de partager le lien à leurs employés. Le questionnaire a également été posté et relayé sur les réseaux sociaux afin de toucher un maximum de gens. L'hyperlien a été accessible entre le 5 août et le 7 octobre 2022, ce qui a permis d'obtenir au total 386 réponses.

2.5 Traitement des données et méthodes d'analyse

Les réponses aux items ont été importées dans un tableau Excel. Les données ont été réorganisées sur base d'un codebook.

Des statistiques descriptives ont été réalisées en ce qui concerne : le nombre de répondants, le profil de fonctions représentées, l'âge, l'ancienneté, la situation géographique et le secteur d'activité des MR/MRS.

Dans un premier temps, en lien avec **l'objectif principal**, les scores pour chaque question ont été calculés. Toutes les questions ont un sens alimentant de façon unidirectionnelle l'intitulé de la dimension. À chaque question, les professionnels devaient répondre parmi cinq modalités de réponse : 1. "Pas du tout d'accord", 2. "Pas d'accord", 3. "Ni d'accord, ni pas d'accord", 4. "D'accord" ou 5. "Tout à fait d'accord". Les modalités 4 et 5 ont été regroupées pour former les réponses positives. Pour chaque question, le pourcentage de réponses positives a été calculé. Cela a permis de connaître la perception globale des professionnels interrogés autour des 83 items explorant la culture organisationnelle.

Ensuite, une moyenne sur 100 a été calculée pour 18 dimensions. Plus précisément, le score pour une dimension donnée se définit comme la moyenne des pourcentages de réponses positives. Ensuite, si ces moyennes sont supérieures ou égales à 75, cela révèle des dimensions bien développées. En revanche, si les moyennes sont inférieures à 50, cela renvoie à des dimensions peu développées, ce qui rejoint notre hypothèse principale, à savoir de faibles scores globaux.

Dans un second temps, l'association entre certaines dimensions et/ou thématiques a été mesurée. Par exemple : la dimension 1A (engagement) avec la dimension 6 (soutien hiérarchique). Pour ce faire, toutes les questions ont été binarisées. Les données ont été

simplifiées en combinant les catégories de réponse en deux catégories nominales, telles que 1=accord (réponses 4 ou 5) et 0=désaccord (réponses 1 ou 2 ou 3) comme le préconise l'équipe de chercheurs ayant validé ce questionnaire (59). Ainsi, pour chaque dimension, a été calculée la somme des « 1 » divisée par le nombre d'items inclus dans la dimension/thématique considérée. Si le résultat était supérieur ou égal à 0,5 (50%), le score était considéré comme « positif ». De cette manière, un score qualitatif individuel (0 ou 1) a pu être attribué et des Kappa de Cohen ont été calculés afin de mesurer la concordance entre les dimensions.

En lien avec l'**objectif secondaire**, les résultats parmi les trois secteurs d'activité (public, associatif, privé commercial) ont été comparés entre eux. L'analyse des réponses entre les trois groupes s'est réalisée grâce au test du Chi² afin de mesurer l'association entre une dimension et la variable socio-démographique.

2.6 Contrôles qualité

Avant diffusion, le questionnaire créé en ligne a été proposé à cinq personnes travaillant en MRS mais non éligibles pour intégrer l'échantillon (étudiants jobistes, personnel soignant en maladie de longue durée, secrétaire...).

Lorsque les données ont été importées dans Excel, divers contrôles qualité ont été réalisés afin de repérer des données aberrantes ou erronées.

Ont été exclus de l'analyse les questionnaires ayant une des caractéristiques suivantes :

- aucune question remplie ;
- moins de la moitié des 83 questions remplies ;
- les mêmes réponses à toutes les questions.

Enfin, l'étude étant observationnelle, les lignes directrices STROBE ont été utilisées lors de la rédaction.

2.7 Éthique et confidentialité

Le Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire universitaire de Liège a rendu un avis le 26 juillet 2022 stipulant qu'il n'émettait pas d'objections éthiques à la réalisation de l'étude (Annexe 2).

Le questionnaire en ligne a été supprimé dès l'obtention du quota de réponses nécessaire. Toutes les données récoltées ont été pseudonymisées et encodées dans un fichier Excel protégé par un mot de passe. Seuls les membres de l'équipe de recherche y ont eu accès via un ordinateur portable protégé par un mot de passe.

Les participants étaient informés de l'objectif de la recherche sur la première page du questionnaire. Un item à cocher était prévu à cet effet : « En cochant la case ci-dessous, je déclare avoir lu et compris la présentation de la recherche et avoir reçu toutes les informations que je souhaitais. » Afin d'obtenir le consentement, un autre item devait être coché : « En cochant la case ci-dessous, je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche. » Ces deux items cochés exprimaient l'acte positif du participant et donnaient l'accès à la suite du questionnaire. Par ailleurs, une adresse email de contact était à disposition des participants.

3. Résultats

3.1 Description de la population étudiée

L'étude a été menée auprès de 386 participants. Tous les questionnaires ayant été complétés correctement, aucun n'a dû être exclu. Le tableau 2 reprend l'âge et l'ancienneté des répondants.

Tableau 2. Variables socio-démographiques continues des participants.

Variabes	N	Moyenne (ET) (En années)	Médiane (P25-P75) (En années)
Âge de la population	385	38,95 (10,21)	38 (31-46)
- Infirmier	90	42,87 (9,68)	43 (36-49,75)
- Aide-soignant	134	39,18 (10,44)	37,5 (31-45)
- Paramédical	161	36,58 (9,64)	35 (30-43)
Ancienneté	386	12,16 (9,74)	9,5 (4-19)
- Infirmier	91	14,92 (10,43)	15 (5-24)
- Aide-soignant	134	12,81 (10,05)	10 (5-18)
- Paramédical	161	10,07 (8,62)	7 (3-15)

Le nombre total de 385 a été pris en compte pour l'âge car un répondant (infirmier) a indiqué 1950 comme année de naissance. Il a été décidé de considérer cette valeur comme aberrante. La population étudiée a un âge moyen de 38,95 ans. Pour l'ancienneté, vu que les distributions comportent des valeurs extrêmes, le regard doit plutôt se porter sur les médianes.

Le tableau 3 détaille la répartition des fonctions, des secteurs et l'origine géographique des MR/MRS. Toutes les provinces sont représentées. Le questionnaire ayant eu comme point de départ la province de Liège, la moitié des réponses proviennent de là.

Tableau 3. Variables socio-démographiques nominales des participants

Variabes	Catégories	N (Total=386)	%
Fonction	Infirmier	91	23,6
	Aide-soignant	134	34,7
	Paramédical	161	41,7
Secteur MR/MRS	Public	124	32,1
	Associatif	143	37
	Privé commercial	119	30,8
Province	Liège	193	50
	Namur	64	16,6
	Hainaut	64	16,6
	Luxembourg	40	10,4
	Brabant Wallon	25	6,5

3.2 Score quantitatif par dimension

Le score, sur 100, exprime la moyenne d'accord par les participants vis-à-vis de l'item. Les items compris dans les dimensions dites typologisées ne font pas partie des analyses. Celles-ci portent donc sur 69 items. Des moyennes ont été calculées afin d'obtenir les scores pour chacune des 18 dimensions. Les scores en gras, dans le tableau 4, représentent toutes les dimensions peu développées. Au total, 11 dimensions (en gras ci-dessous) apparaissent comme peu développées (<50%), six dimensions comme normalement développées (≥50%) et une seule (la dimension 3B, grisée ci-dessous) comme très développée (≥75%). Les résultats détaillés pour l'ensemble des items se trouvent en annexe (Annexe 3).

Tableau 4. Récapitulatif des scores (%) pour les 18 dimensions scorées (N=386).

Dimensions scorées	Pourcentage de réponses positives (%)
1. IMPLICATION DU PROFESSIONNEL	
A- Engagement du professionnel envers le service	74
B- Acceptation des normes du service	40
2. RESULTATS PERÇUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
A- Satisfaction au travail	42
B- Propension à rester	56
C- Charge de travail	26
D- Épuisement professionnel	41
E- Efficacité perçue du service	46
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
A- Prise en compte de l'individu dans le collectif	42
B- Pratiques discriminatoires	88
C- Attribution des tâches et des objectifs	46
D- Apprentissage organisationnel	47
E- Fréquence des conflits entre professionnels	54
4. VIE RELATIONNELLE ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	
A- Relations entre les professionnels paramédicaux	70
B- Relations avec et entre les médecins	49
C- Coordination au sein du service	46
D- Diffusion de l'information	49
5. RELATION AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE	62
6. SOUTIEN HIERARCHIQUE	51
Dimensions typologisées	Caractéristique majoritaire
1C- Aspirations professionnelles	Souci du patient
3F- Modalités de gestion des conflits	Déni du problème
3G- Types de comportements encouragés	Productif

Pour les sept dimensions qui obtiennent un score supérieur à 50, cela signifie que plus de 50% de professionnels partagent une vision positive :

- de l'engagement des professionnels et de leur propension à rester ;
- des relations entre paramédicaux mais aussi avec le patient et sa famille ;
- du management, uniquement en ce qui concerne les pratiques discriminatoires et les conflits.

Quant aux 11 dimensions affichant un score inférieur à 50, cela indique que moins de la moitié des professionnels sont en accord avec l'intitulé. Autrement dit, cela traduit une vision négative du contexte. Le score le plus faible concerne la charge de travail. Les professionnels semblent avoir trop de résidents sous leur responsabilité et trop peu de temps pour s'en occuper (dimension 2C). Viennent ensuite une faible acceptation des normes du service et un fort sentiment d'épuisement professionnel. La satisfaction au travail perçue est faible également, tout comme l'efficacité perçue du service. Au sein de la thématique du management, trois dimensions sur cinq sont jugées négativement. Le personnel ne se sent pas reconnu et son avis ne semble pas être pris en compte tant pour la prise en charge du résident que pour l'organisation du service. Les tâches ne sont pas attribuées correctement, les objectifs ne sont ni identifiés, ni évalués et les dysfonctionnements ne sont pas suffisamment analysés. Enfin, au sein de la thématique évaluant la vie relationnelle, trois dimensions sur quatre sont jugées négativement. Les réunions de service ne sont pas de réels temps d'échange et de rencontre, les décisions médicales ne sont pas prises de manière collégiale et les informations transmises sont ambiguës.

3.3 Degré de concordance entre thématiques

Chaque répondant s'est vu attribuer un score qualitatif (accord ou désaccord) pour chacune des six thématiques. Le test de concordance du Kappa de Cohen permet de chiffrer l'accord entre les thématiques. Pour rappel, les thématiques 5 et 6 constituent chacune une seule dimension. Les résultats, repris dans le tableau 5, montrent que toutes les thématiques concordent entre elles de manière hautement significative ($p < 0,001$).

Tableau 5. Kappa de Cohen (degré de concordance entre les thématiques, ***= p <0,001)

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
T1	-	0,165***	0,236***	0,246***	0,250***	0,257***
T2		-	0,376***	0,365***	0,193***	0,314***
T3			-	0,587***	0,398***	0,503***
T4				-	0,338***	0,435***
T5					-	0,295***
T6						-

Grâce à la table de Landis et Kock (60), le Kappa peut être interprété. Les deux degrés de concordance supérieurs à 0,5 (équivalent à une concordance moyenne) incluent la thématique du management (T3). Le management (T3) concorde à un niveau moyen, d'une part, avec la communication (T4), d'autre part, avec le soutien hiérarchique (T6).

3.4 Le soutien hiérarchique

Chaque répondant s'est vu attribuer un score qualitatif (positif ou négatif) pour chacune des dimensions. Par ailleurs, dans le questionnaire, à la suite des neuf items évaluant la dimension du soutien hiérarchique, était demandée la fonction de la personne considérée comme supérieur hiérarchique (directeur, infirmier chef ou infirmier). Parmi les 386 réponses, 172 ont répondu « infirmier chef », huit ont répondu « infirmier » et 206 ont coché « directeur ». Afin de pouvoir comparer les scores de la dimension 6 en regard des deux fonctions (infirmier chef et directeur), les réponses « infirmier » ont été assimilées à la réponse « infirmier chef ». Un Chi² d'indépendance (table 2X2) a été calculé pour tester l'indépendance des deux variables (fonction du supérieur et perception du soutien hiérarchique).

Tableau 6. Fréquences observées (N=386) de la perception du soutien hiérarchique.

	Directeur	Infirmier chef
Perception négative	110 (53,4%)	71 (39,4%)
Perception positive	96 (46,6%)	109 (60,6%)

La valeur du Chi² est de 7,51 et la p valeur est de 0,006. Le résultat est significatif, l'hypothèse nulle d'indépendance des deux variables est rejetée. La perception du soutien hiérarchique n'est pas identique pour les deux fonctions considérées. Le tableau 6, reprenant les fréquences observées, indique que les infirmiers chefs sont d'un meilleur soutien que les directeurs. De plus, le soutien du directeur est évalué négativement alors que le soutien de l'infirmier chef est perçu de manière positive. En parcourant le détail des items, l'infirmier

chef apparaît dès lors comme quelqu'un de stimulant, mobilisateur, donnant de son temps, honnête, amical, accordant de l'importance au bien-être du personnel et prenant des décisions cohérentes.

3.5 Résultats en fonction du secteur

Chaque répondant s'est vu attribuer un score qualitatif (accord ou désaccord) pour chacune des dimensions. Afin de comparer les réponses parmi les trois secteurs (public, associatif, privé), des Chi² d'indépendance ont été calculés pour les 18 dimensions. Le tableau 7 reprend ci-dessous uniquement les résultats statistiquement significatifs. Le lecteur trouvera en annexe les autres résultats (Annexe 4).

Tableau 7. Chi² d'indépendance, comparaison des trois secteurs *p<0,05.

Dimensions du COMEt©	Chi ²	P valeur
2A. Satisfaction au travail	10,92	0,004*
2B. Propension à rester	6,04	0,05*
2E. Efficacité perçue du service	6,57	0,04*
6. Soutien hiérarchique	7,6	0,02*

L'hypothèse nulle d'indépendance des deux variables (dimension et secteur) est rejetée. La satisfaction au travail, la propension à rester, l'efficacité perçue et le soutien hiérarchique ne sont pas indépendants du secteur de la MR/MRS (p<0,05). Les comparaisons 2 à 2 conjuguées à la correction de Bonferroni permettent d'affiner l'interprétation (tableau 8). La valeur p est divisée par le nombre de comparaisons, 3 dans ce cas-ci : elle vaut donc 0,05/3 c'est-à-dire 0,017.

Tableau 8. Comparaisons multiples entre secteurs *p<0,017

Dimensions	Associatif-Privé		Associatif-Public		Public-Privé	
	Chi ²	p	Chi ²	p	Chi ²	P
2A. Satisfaction au travail	9,22	0,002*	6,56	0,01*	0,24	0,62
2B. Propension à rester	6,05	0,01*	1,57	0,21	1,39	0,24
2E. Efficacité perçue du service	6,54	0,01*	1,13	0,29	2,13	0,14
6. Soutien hiérarchique	5,41	0,02	5,78	0,016*	0,002	0,96

En analysant les tables de fréquence observée, il ressort que la satisfaction au travail est meilleure dans le secteur associatif que dans les secteurs public (p=0,01) et privé (p=0,002).

De plus, la satisfaction est évaluée de manière positive dans le secteur associatif alors qu'elle est cotée négativement dans les deux autres secteurs.

La propension à rester est positive dans les trois secteurs mais elle l'est davantage dans le secteur associatif par rapport au secteur privé ($p=0,01$). L'efficacité du service est mieux perçue, et de manière positive, dans le secteur associatif par rapport au secteur privé ($p=0,01$) où la perception est négative. Le soutien hiérarchique est meilleur dans le secteur associatif par rapport au secteur public ($p=0,016$). De plus, il est perçu positivement dans le secteur associatif et négativement dans le secteur public. Il est important de remarquer qu'il n'y a aucune différence significative entre le secteur public et le secteur privé parmi ces quatre dimensions.

4. Discussion

4.1 Vision globale

L'objectif de la présente étude était de réaliser un état des lieux de la perception du contexte organisationnel et managérial en interrogeant le personnel soignant et paramédical œuvrant en MR/MRS. L'hypothèse de départ se trouve confirmée. Onze dimensions sur les 18 évaluées sont scorées comme peu développées. Tous secteurs et toutes professions confondus, les résultats sont faibles voire déficitaires. De plus, les six thématiques regroupant les dimensions évaluées concordent toutes entre elles de manière significative. La liaison entre dimensions organisationnelles/managériales et dimensions attitudinales est donc établie. Le questionnaire COMEt© ayant été construit dans le but de déterminer divers profils managériaux (48), il n'est pas possible de déterminer la nature de ce lien (causalité, corrélation, interaction). La littérature abonde pourtant dans ce sens-là, à savoir que les conditions de travail (organisation, utilisation des compétences, soutien du superviseur, autorité...) ont un rôle déterminant sur le niveau d'épuisement émotionnel et le sentiment d'efficacité des employés (61,62). La suite de la discussion va d'abord mettre en avant les variables organisationnelles et managériales (soutien du supérieur hiérarchique, communication...). En parallèle, certaines pistes d'amélioration seront émises. Ensuite, l'analyse se focalisera sur les difficultés relevées par les professionnels en ce qui concerne les variables dites attitudinales (satisfaction, engagement, épuisement...). Enfin, une partie de la discussion sera consacrée à la comparaison des dimensions entre les trois secteurs d'activité.

4.2 Comment diriger une maison de repos ?

La gestion journalière d'une MR/MRS est normalement assurée par un(e) directeur(ice). La prise en charge des résidents et la coordination des soins incombent à un infirmier en chef. Dans les données récoltées, seule la moitié des répondants considère que leur supérieur hiérarchique est juste, honnête et inspire la confiance. La dimension concernant le soutien hiérarchique, malgré qu'elle soit considérée comme développée, présente un score à peine supérieur à 50%. Selon Eisenberger (63), la perception du soutien hiérarchique est pourtant déterminante dans l'engagement envers l'organisation et la satisfaction au travail. Dans la littérature, le concept de soutien social est présenté comme étant composé de quatre dimensions (64) : le soutien émotionnel, le soutien informatif, le soutien matériel et le soutien d'estime. Selon Hobfoll (65), le soutien émotionnel est la ressource la plus importante à

utiliser afin d'aider les employés à faire face à leur souffrance au travail et à les rassurer. Le soutien informatif concerne les informations (relatives au rôle, aux tâches...) délivrées au salarié mais il peut également s'agir « d'un échange d'idées et d'informations sur des situations et des objectifs que la hiérarchie et le salarié poursuivent mutuellement, ce qui leur permet de construire une vision commune » (64, p42). À ce propos, les résultats montrent que l'avis des collaborateurs, qu'il concerne le résident ou l'organisation en général, ne semble pas être pris en compte. Autant il est primordial d'avoir l'avis du résident quant à sa prise en charge, autant l'avis du collaborateur, en contact direct avec le résident et expert dans sa fonction, doit pouvoir être entendu et pris en compte dans la construction du plan de soins. Est-ce le soignant ou le responsable de l'établissement qui passe le plus de temps auprès des pensionnaires et de leurs proches ? Le soutien matériel ne transparaît pas dans le questionnaire. Quant au soutien d'estime, qui intègre la valorisation et le respect des compétences, il est perçu négativement. Le collaborateur ne se sent pas reconnu et si en théorie ses tâches semblent définies, cela n'est pas respecté sur le terrain.

Une précision importante concerne la fonction du supérieur considéré lors de la complétion du questionnaire COMEt©. Il ressort que le soutien de l'infirmier chef a été perçu plus positivement que celui du directeur qui est perçu négativement. Ce résultat rejoint celui de l'étude NEXT (étude réalisée dans huit pays européens parmi 623 établissements de soins) qui révèle deux fois plus de relations hostiles avec la direction (cadre supérieur) par rapport au cadre de proximité (66). En interrogeant des directeurs d'établissements pour seniors en France, des auteurs (64) se sont rendu compte qu'une gestion normative et économique avait pris le dessus, au détriment de l'aspect relationnel et humain.

Une vraie remise en question semble donc devoir s'opérer au sein de la fonction de directeur. Par exemple, pourquoi ne pas repenser la formation initiale donnant accès à ce titre ? Plusieurs types d'établissements proposent cette formation sous différents formats : Université (Master en 2-3 ans), Institut de Promotion Sociale ou Haute École (spécialisation en 1 ou 2 ans). Pour pouvoir s'inscrire, la condition est d'être titulaire au minimum d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court. Ce bagage initial, inévitablement, influe sur la manière de diriger une MR/MRS. Ce qui pose davantage question, c'est le manque de spécificité et de lien avec le domaine gériatrique. Des études ont mis en avant le manque de cours spécifiques à la gériatrie dans les cursus médicaux, soignants et paramédicaux (67,68).

Ici, la Région Wallonne cautionne qu'un bachelier en tourisme ou en agronomie devienne dirigeant d'un établissement pour aînés. En une année de cours, est-il réellement possible de devenir expert en démence, pathologies chroniques, comptabilité, relations humaines, management et communication ? Une étude française (69) a mis en avant que la formation initiale des directeurs d'EHPAD déterminait nettement leur type de gestion. Par exemple, un diplômé d'économie met la priorité sur la gestion des ressources humaines pour améliorer la productivité, tandis qu'un diplômé issu d'une filière médicale privilégie la qualité des soins. Enfin, plus un directeur détient de diplômes, plus il met en place des formations dans son établissement. Les auteurs recommandent donc un certain niveau de formation initial et des normes quant au contenu de la formation qualifiante qui se doit d'être pluridisciplinaire. Déjà en 1999, Castle avait démontré une corrélation positive entre le niveau d'études des directeurs de maisons de repos au Royaume-Uni et leur implication dans des démarches d'amélioration de la qualité (70).

Un autre aspect perçu négativement par les professionnels est la thématique « vie relationnelle et communication ». Plus précisément, ce sont la coordination dans le service et la diffusion des informations qui semblent problématiques. Dans une organisation trop bureaucratique, les niveaux hiérarchiques sont multiples, l'information passe dès lors par divers intervenants, ce qui génère du bruit et interfère dans la transmission du message (71). La création de moments d'échanges constructifs avec les divers intervenants, y compris le résident, permet de clarifier des situations et d'attribuer des tâches spécifiques. Dans la littérature anglophone apparaît un nouveau mouvement sous la locution « *Culture change in nursing home* » (72,73). Certains établissements, ayant mis en place ce changement culturel, mettent l'accent sur l'autodétermination, l'*empowerment*, la prise de décision en collectivité et une communication bidirectionnelle. Saboune, dans son étude, détecte justement que les directeurs ont tendance à communiquer essentiellement par des notes de service, c'est-à-dire une communication unidirectionnelle (64). Ce nouveau mouvement a un impact positif sur le personnel. L'étude de Berridge en 2018 conclut que la probabilité de rétention des aides-soignants passe de 44% à 64% si la responsabilisation du staff est encouragée (74). Donoghue montre un plus faible taux de burn-out des infirmiers et aides-soignants quand est instauré un *consensus manager* (75). L'impact sur les résidents est également prouvé (76) : diminution des escarres, des contentions et meilleure gestion de la douleur. Ce style de management, dit

participatif, devrait pouvoir se généraliser au sein des MR/MRS au détriment des éternelles hiérarchies top-down. Cela s'organise petit à petit, grâce entre autres à la Fondation Roi Baudouin qui a débloqué des fonds au printemps 2017 afin de mettre en place une tout autre organisation au sein de six établissements belges, à savoir le modèle Tubbe. L'évaluation après deux ans est positive : les premières analyses révèlent entre autres des conditions de travail améliorées et des soignants satisfaits de leur influence sur le fonctionnement du service (77). Dès lors, le projet est poursuivi et, à ce jour, 145 MR/MRS belges se sont lancées dans l'aventure. L'engouement est là mais un tel changement ne se fait pas du jour au lendemain et cela nécessite une direction ouverte à ce changement car celle-ci doit évoluer et passer du management pyramidal au coaching (organisation horizontale) où les équipes sont encouragées à trouver elles-mêmes des solutions. Un autre effet positif mesuré auprès du personnel est un plus grand enthousiasme et une plus grande fierté. Cela rejoint les variables attitudeles mesurées par le questionnaire COMEt© dont il va être question ci-dessous.

4.3 Comment se sent le personnel ?

La charge de travail est la dimension évaluée le plus négativement au sein du questionnaire. L'épuisement professionnel guette la majorité des personnes interrogées. Cela rejoint les études démontrant que le burn-out est plus élevé chez les infirmiers en MRS par rapport aux infirmiers d'autres secteurs (78,79) et, de manière générale, chez les travailleurs en milieu gériatrique (80). Quant à l'efficacité du service, elle est perçue négativement. Or, la perception d'être efficace et compétent pour les aides-soignants en MRS est associée à une meilleure satisfaction et donc à une meilleure rétention de ces derniers (81). C'est également le postulat du modèle de l'hôpital magnétique (82). Parmi les résultats obtenus, 75% des répondants ont justement mis en avant que leur établissement ne parvenait pas à garder les meilleurs professionnels. La faible ancienneté de l'échantillon suggère un *turnover* important et donc un besoin de changer de milieu professionnel. Dans l'échantillon étudié, 50% des répondants ont une ancienneté inférieure à 9,5 ans alors que les Belges restent en moyenne 11,2 ans auprès du même employeur (83). La fidélisation est pourtant un point essentiel pour améliorer le bien-être et les soins auprès des résidents. En effet, il a été prouvé que l'ancienneté des aides-soignants était associée positivement au bien-être du résident (84,85). Concernant la satisfaction au travail, qui est un prédicteur de l'intention de rester à son poste (86), notre recherche montre une faible proportion de professionnels satisfaits de leur travail (42%). Ce

taux contraste avec la proportion de professionnels qui se disent néanmoins impliqués envers la MR/MRS (74%). Il s'avère que ces deux notions demeurent étroitement liées. En 2020, Legros révèle que dans des situations jugées difficiles où l'insatisfaction domine, le personnel soignant garde un haut niveau d'implication dans son métier (43). Plus précisément, et contrairement aux attentes, il apparaît que : « l'implication précède la satisfaction : c'est dans l'engagement que se trouvent les fondements du bien-être au travail » (43, p234). Dans cette optique, il ressort qu'il faudrait améliorer l'implication des soignants. L'auteur pointe trois sources de moindre implication : le profil des résidents qui sont de plus en plus dépendants et présentent des troubles comportementaux, les conditions de travail et un niveau de formation insuffisant. Cela rejoint l'idée de départ selon laquelle les variables organisationnelles sont déterminantes dans l'amélioration du bien-être au travail.

Afin que le personnel se sente moins submergé et que l'accompagnement des aînés s'opère de manière optimale, la solution d'augmenter le nombre d'effectifs apparaît comme basique. En effet, le manque de personnel a un effet direct sur la qualité de prise en charge des résidents (84,85,87). Malheureusement, la pénurie du personnel soignant est toujours d'actualité (23). Et de toute manière, être en sureffectif dans un environnement de travail néfaste induit une diminution de la satisfaction au travail (88). Pour contourner ce problème, une réorganisation des prises en charge doit pouvoir s'opérer. Pourquoi fonctionner avec un service réduit les week-ends et jours fériés ? Pourquoi maintenir systématiquement les toilettes et les soins en matinée ? En respectant mieux le rythme et le souhait des résidents, il est prouvé que l'ensemble des professionnels et des résidents se sent plus satisfait. Cela se marque, à nouveau, dans les établissements pour aînés ayant mis en place le modèle Tubbe où l'autodétermination est constamment mise en avant (77). Ce modèle n'est qu'un exemple de la mise en pratique du *Culture Change* dont certains principes se retrouvent par ailleurs dans l'organisation d'un hôpital magnétique. En Belgique, il manque à ce jour des études longitudinales sur l'effet d'un management participatif en maison de repos.

4.4 L'impact du secteur

La deuxième hypothèse de cette étude concernait les différences de résultats en fonction du secteur (privé commercial, associatif, public) des MR/MRS. Au départ, c'est le secteur privé commercial qui était attendu comme étant le moins bien perçu par les collaborateurs. Les résultats montrent en effet une moins bonne perception de ces établissements privés à visée

commerciale. En revanche, les MR/MRS publiques se retrouvent à égalité avec eux. Au final, ce sont les MR/MRS avec un statut d'asbl (association sans but lucratif) qui sont les mieux perçues. D'une part, le milieu associatif affiche un personnel majoritairement satisfait alors que l'insatisfaction prédomine dans les secteurs public et privé. Cela explique en partie pourquoi la propension à rester et l'efficacité du service sont évaluées plus positivement et de manière significative dans le secteur associatif par rapport aux MR/MRS privées. Ces résultats convergent avec la littérature scientifique. Deux études ayant comparé le secteur associatif et le secteur privé concluent à une meilleure qualité de soins dans les MR/MRS du secteur associatif (89,90). Une autre étude ayant comparé les trois secteurs a trouvé une plus grande autonomie des travailleurs et un nombre d'heures plus élevé au chevet du résident à nouveau dans le milieu associatif (91). Les auteurs expliquent ces différences principalement par les buts poursuivis par les dirigeants. Une MR/MRS privée commerciale cherche à faire du profit, à être la plus efficiente possible. Ses employés sont motivés par diverses primes, tandis que les MR/MRS associatives ont l'objectif de satisfaire le résident et sa famille. Les employés y partagent les valeurs de l'organisation et sont davantage engagés envers leur employeur. D'autre part, le soutien hiérarchique est perçu positivement dans les MR/MRS associatives et négativement dans les MR/MRS publiques. L'explication réside dans le fait que le secteur public dépend de la commune et de son CPAS (Centre public d'action sociale) et donc d'une majorité politique. Les dirigeants ont moins de marge de manœuvre et doivent rendre des comptes à des instances supérieures (direction générale). Ce résultat rejoint une étude suisse (92) et une étude belge (93) qui ont mis en avant les contraintes bureaucratiques et une flexibilité moindre au sein des MR/MRS publiques où les décisions sont politisées. Les MR/MRS du secteur associatif sortent donc du lot, pourtant ce sont les moins nombreuses en Région Wallonne (94). Un point positif néanmoins est que la législation wallonne a instauré des principes de programmation : 29 % au minimum des lits sont réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur associatif et 50 % au maximum peuvent être attribués au secteur privé commercial (57).

4.5 Pistes de réflexion

La littérature est univoque quant à l'influence du contexte organisationnel et managérial sur le bien-être du travailleur. Mais comment mesurer cet impact et celui-ci est-il direct ou indirect ? Le bien-être au travail regroupe de nombreux concepts : l'engagement, la

motivation intrinsèque, la résilience, l'intention de rester à son poste, la satisfaction au travail, la santé mentale etc. Tous ces concepts se retrouvent interreliés dans divers modèles théoriques sans qu'aucun consensus n'émerge. Cela s'explique entre autres par la multitude de définitions s'y rapportant et d'outils permettant de les évaluer. À cela s'ajoutent les différentes filières qui les étudient : les sciences psychologiques, sociales, économiques, sociologiques... Comment, dès lors, comparer ces modèles et les éprouver sur le terrain ? Une prise de position scientifique encouragerait les responsables politiques à instaurer un ensemble de *guidelines* tout en laissant une marge de manœuvre compte tenu de la spécificité de chaque MR/MRS. L'harmonisation apparaît donc comme le maître-mot afin d'aboutir à la construction d'un modèle de gouvernance tenant compte, à la fois, de la pluridisciplinarité des équipes et du milieu des MR/MRS qui tendent actuellement à devenir des lieux de vie et non des lieux de soins.

4.6 Forces et limites de l'étude

Une première force est la taille de l'échantillon qui permet de généraliser les conclusions à l'ensemble des travailleurs en Région Wallonne. Par ailleurs, toutes les fonctions, toutes les provinces et tous les secteurs sont représentés. Le personnel paramédical, moins étudié dans la littérature, a répondu présent. Toutefois, le personnel d'entretien, logistique et hôtelier, qui est pourtant lui aussi en contact régulier avec les résidents, n'a pas été inclus.

Une autre force est l'utilisation d'un questionnaire validé scientifiquement afin d'évaluer la perception du contexte organisationnel. Cependant, le questionnaire COMEt© ayant été validé en milieu hospitalier, certaines dimensions peuvent paraître moins pertinentes pour le milieu des maisons de repos. De plus, le questionnaire étant composé de questions fermées, aucune nuance ne peut y être ajoutée. Durant la récolte de données, certains participants ont contacté l'équipe de recherche afin d'apporter des précisions sur leurs conditions de travail. Enfin, un biais de sélection est présent vu que seuls les participants ayant un accès à Internet ont pu répondre au questionnaire en ligne.

4.7 Perspectives

Le questionnaire ouvre les portes à divers approfondissements. En effet, les variables étant nombreuses, certaines pourraient être investiguées plus en profondeur. Par exemple, deux items seulement concernent la propension à rester et aucune corrélation avec d'autres

variables ne peut être démontrée. Il serait donc intéressant d'étudier l'influence d'un nouveau mode de management sur le taux de rétention du personnel. Des effets seraient également à mesurer auprès des résidents et de leurs familles (qualité des soins, taux de contention...).

Concernant les trois secteurs d'activité, cela mérite davantage d'investigations. Pour ce faire, il est nécessaire d'interroger plus en détail les dirigeants (leur perception, leurs contraintes) dans le but de comparer les différents types de leadership et leur impact sur les membres du personnel.

5. Conclusion

Le vieillissement de la population engendre une augmentation de la demande des places en MR/MRS. Malheureusement, ces dernières ne parviennent pas à se défaire de leur image de milieu peu attractif et peinent à trouver du personnel. Les résultats montrent que la moitié des répondants n'envisage pas de rester dans leur établissement. La fidélisation du personnel est pourtant un élément-clé dans la qualité de la prise en charge des aînés. Il ressort de cette étude que le personnel soignant et paramédical est insatisfait des modèles organisationnels actuels. Il est en demande de tâches définies, de responsabilités et a besoin d'être reconnu et soutenu par sa hiérarchie.

Les MR/MRS ont donc le défi de créer un nouvel environnement de travail stimulant. À cet effet, il est tout d'abord nécessaire d'avoir un(e) directeur(rice) compétent(e), ouvert(e) et ayant la confiance de ses collaborateurs grâce entre autres à une révision de la formation initiale et continue. Ensuite, il est nécessaire d'instaurer un nouveau style de management. Le management participatif, comme préconisé dans les établissements dits magnétiques ou dans le modèle Tubbe, a fait ses preuves. En valorisant et développant les capacités du personnel soignant et paramédical, celui-ci parvient à donner davantage de sens à son travail. Enfin, la communication doit être améliorée, le soignant doit pouvoir dialoguer ouvertement et participer aux processus décisionnels.

Les domaines de recherche sont nombreux et le concept de bien-être au travail regorge de définitions et de modèles théoriques. Un travail d'harmonisation s'avère nécessaire. Le soignant prend soin de ses résidents, il est temps que les supérieurs hiérarchiques prennent soin de leurs employés.

6. Bibliographie

1. OCDE. Évolution de l'espérance de vie, dans Health at a Glance 2019 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/d33ef748-fr>
2. Table de mortalité et espérance de vie. StatBel, la Belgique en chiffres. 2022. Disponible : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie#figures>
3. OCDE. Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE, dans Health at a Glance 2017 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-5-fr
4. Guilamoto C, Attané I, Oliveau S. Le début de la fin ? Le revirement de la croissance démographique mondiale. Cambrézy L, Petit V. Population, mondialisation et développement, quelles dynamiques ? La documentation française. 2012. pp.30. Available from : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00756473>
5. Sandron F. Vieillesse de la population mondiale et développement. Ceped Centre Population et Développement. 2020;47:1-27.
6. Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Observatoire suisse de la santé. Document de Travail N° 25, Neuchâtel, 2007.
7. Lussier MD. Parcours des personnes âgées dans le système de santé, Regards. 2020;57(1):115-126.
8. Helmer C, Grasset L, Pérès K, Dartigues JF. Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(28-29):467-73.
9. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (consulté le 28/02/22)
10. Van der Linden M, Juillerat A. Penser autrement le vieillissement. Wavre: Mardaga. 2014.
11. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique: projections 2011 – 2025. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 167B.

12. Provost AC. Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos. Université de Louvain, Belgique. 2002.
13. Duyck J, Pijon N. L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil. *Gérontologie et société*. 2010;33(135):187-211. <https://doi.org/10.3917/g.s.135.0187>
14. Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kózka M, Ensio A, Sjetne IS, Moreno Casbas T, Ball J, Schoonhoven L. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud*. 2013 Feb;50(2):174-84.
15. Peretti JM, Swalhi A. Définir et mesurer la fidélité organisationnelle. *Revue de Sciences de Gestion*. 2007;64:277-290.
16. Petit R, Zardet V. Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH*. 2017;1(22):31-54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>
17. Sloane PD, Zimmerman S, D'Souza MF. What will long-term care be like in 2040? *N C Med J*. 2014 Sep-Oct;75(5):326-30.
18. Herbaux D, Thomaes L, Van Innis AL, Jourdain M, Bonvoisin F, et al. Analyse d'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur les structures d'hébergement collectif en Région wallonne des secteurs de la santé et de l'action sociale et établissement de recommandations. Lot 2 : Axe organisationnel et d'analyse des normes de financement et de qualité. Rapport externe. 2020. 115 pages. <http://hdl.handle.net/2078.1/238498>
19. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 16;2016(8):CD010321.
20. Andela M, Truchot D, Huguenotte V. Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *J Interpers Violence*. 2021 Jun;36(11-12):5709-5729.
21. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B.

22. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 325.
23. ING. Maisons de repos : tendances et indicateurs (2018).2018. https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_FR_pages.pdf
24. Lemoine JE, Roland Levy C, Zaghouani I, Deschamps F. Contribution d'une catégorisation des RPS à la prédiction du stress et du burnout (ou du mal-être au travail) des soignants. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2017;23(4):292-307.
25. Chudzicka-Czupała A, Stasiła-Sieradzka M, Rachwaniec-Szczecińska Ż, Grabowski D. The severity of work-related stress and an assessment of the areas of worklife in the service sector. *Int J Occup Med Environ Health*. 2019 Jul 15;32(4):569-584.
26. Pierron JP. Les métiers du soin dans la tourmente. *Études*. 2020 Feb;2:41-51.
27. Weiss B. Ehpads : les salariés de Bridge dénoncent leurs conditions de travail. *Echos* (Paris, France). 2022 Feb 10.
28. Bertrand P. Prime dans les Ehpads Korian. *Echos* (Paris, France). 2022 May 26.
29. Rouxel G, Michinov E, Dodeler V. The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: A survey among geriatric care workers. *Int J Nurs Stud*. 2016 Oct;62:81-9.
30. Sarabia-Cobo C, Pérez V, de Lorena P, Hermosilla-Grijalbo C, Sáenz-Jalón M, Fernández-Rodríguez A, Alconero-Camarero AR. Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *J Adv Nurs*. 2021 Feb;77(2):869-878.
31. Sun M, Mainland BJ, Ornstein TJ, Sin GL, Herrmann N. Correlates of nursing care burden among institutionalized patients with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2018 Oct;30(10):1549-1555.
32. Couarraze S, Delamarre L, Marhar F, Quach B, Jiao J, Avilés Dorlhiac R, Saadaoui F, Liu AS, Dubuis B, Antunes S, Andant N, Pereira B, Ugbolue UC, Baker JS; COVISTRESS network, Clinchamps M, Dutheil F. The major worldwide stress of healthcare

- professionals during the first wave of the COVID-19 pandemic - the international COVISTRESS survey. *PLoS One*. 2021 Oct 6;16(10):e0257840.
33. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Aouizerate B. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020 Jun;46(3S):S73-S80.
 34. Korkut S. Research on the frequency of post-traumatic stress disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Ir J Med Sci*. 2021 Dec 1:1-6.
 35. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924-1932.
 36. Hayes, O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905.
 37. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1350). Chicago, IL: Rand McNally, 1976.
 38. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud*. 2007 Feb;44(2):297-314.
 39. Castle NG, Engberg J. Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Med Care*. 2005 Jun;43(6):616-26.
 40. Brami L, Damart S, Kletz F. Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*. 2013;3(61):168-189.
 41. Ponette M. Quels sont les facteurs qui impactent la rentabilité d'une maison de repos pour les personnes âgées -Maisons de repos et de soins en Wallonie ? Université de Liège, Liège, Belgique, 2020.
 42. Devigne M, Habib J, Krohmer C, Laurent B. Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2014;1(32):63-80.

43. Legros P. L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*. 2020;20(118):229-239.
44. Roussillon Soyer C, St-Onge S, Igalens J, Balkin DB. The demotivating impact of absenteeism in nursing homes. *J Nurs Manag*. 2021 Sep;29(6):1679-1690.
45. Créoff M. Les maltraitements institutionnels. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. 2000 Jun 31;31:52-56.
46. Ricour C, Desomer A, Pouppez C, Primus C, Vinck I. How to better tackle Elder Abuse in Belgium? *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2020. KCE Reports 331.
47. Randon S, Baret C, Prioul C. La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir*. 2011;9(49): 133-149.
48. Sibé M, Domecq S, Kret M, Saillour-Glénisson F. Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats auprès de 36 services au moyen de l'outil COMEt©. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*. 2012;30(7-8):491-508.
49. Mosley DC, Pietri PH, Megginson LC. *Management : Leadership In Action*. 5th ed. New York : HarperCollins, 1996.
50. Saboune K, Merveillau J. Chapitre 47. Déficit de leadership et violation du contrat psychologique : le cas d'un établissement médico-social. Dans Frimousse S. éd. *Réinventer le leadership*. Caen: EMS Editions; 2017. p.502-509.
51. Saboune K, Montargot N, Puig E. Contribution à l'étude de la perception de la performance sociale en EHPAD. *Question(s) de management*. 2018;1(20):59-70.
52. Walter S, Linda HA, Jane B, Jackie B, Luk B, Reinhard B, Hans DW, Simon D, Jonathan D, and Lars EE. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2022;12(7):1-11.
53. Combaudon C, Fouré-Joopen H. L'amélioration de la qualité du management comme facteur d'implication et de fidélisation du personnel des EPHAD en milieu rural. Cas de 3 recherche-interventions. *Recherches en Sciences de Gestion*. 2020;4(139):169-196.
54. Savall H, Zardet V. *Reconstruire l'entreprise : Les fondements du management socioéconomique*. Dunod. 2014. 178 p.

55. Deci EL, Ryan RM. The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11(4):227- 268.
56. Institut des comptes nationaux. Analyse des prix : rapport annuel 2018 de l'ICN. 2018. En ligne : <https://economie.fgov.be/fr/publications/analyse-des-prix-2018-icn-0>
57. AViQ. Code réglementaire applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie. 2014. Livre V;Chap.VI, Art. 346 §1^{er}.
58. CCECQA. ThéOReM© : Contexte Managérial et Organisationnel des services de médecine et Appropriation des Recommandations en établissement de santé. Rapport final de projet de Recherche. Haute Autorité de Santé. France : Pessac. 2011.
59. Saillour-Glénisson F, Domecq S, Kret M, Sibe M, Dumond JP, Michel P; TheOReM group. Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 17;16:491.
60. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159–174.
61. Marchand A, Durand P, Haines V 3rd, Harvey S. The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Mar;50(3):445-59.
62. Dextras-Gauthier J, Marchand A, Haines V 3rd. Organizational Culture, Work Organization Conditions, and Mental Health: A Proposed Integration. *Int J of Stress Manag*. 2012;19(2):81-104.
63. Eisenberger R, Armeli S, Rexwinkel B, Lynch PD, Rhoades L. Reciprocation of Perceived Organizational Support. *J Appl Psychol*. 2001;86(1):42-51.
64. Saboune K. Le faible soutien social des supérieurs hiérarchiques : un élément perturbateur du contrat psychologique relationnel des salariés opérationnels du secteur médico-social. *Management & Avenir*. 2021;124(4):37-55.
65. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2018 Apr;5(1):103-128.
66. Estryng-Behar M, van der Heijden BI, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res*. 2010 May-Jun;59(3):166-77.

67. Garbrah W, Välimäki T, Palovaara M, Kankkunen P. Nursing curriculums may hinder a career in gerontological nursing: An integrative review. *Int J Older People Nurs*. 2017 Sep;12(3).
68. Venables H, Wells Y, Fetherstonhaugh D, Wallace H. Factors associated with nursing students' attitudes toward older people: A scoping review. *Gerontol Geriatr Educ*. 2023 Jan-Mar;44(1):131-150.
69. Sibille R, Joël ME. Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques. *Revue française des affaires sociales*. 2016;4:285-306.
70. Castle NG. Quality improvement and top management in nursing homes. *J Qual Manag*. 1999;4(1):95-109.
71. Mohorek M, Webb TP. Establishing a conceptual framework for handoffs using communication theory. *J Surg Educ*. 2015 May-Jun;72(3):402-9.
72. Koren MJ. Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Feb;29(2):312-7.
73. Shier V, Khodyakov D, Cohen LW, Zimmerman S, Saliba D. What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *Gerontologist*. 2014 Feb;54 Suppl 1:S6-S16.
74. Berridge C, Tyler DA, Miller SC. Staff Empowerment Practices and CNA Retention: Findings From a Nationally Representative Nursing Home Culture Change Survey. *J Appl Gerontol*. 2018 Apr;37(4):419-434.
75. Donoghue C, Castle NG. Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover. *Gerontologist*. 2009 Apr;49(2):166-74.
76. Castle NG, Decker FH. Top management leadership style and quality of care in nursing homes. *Gerontologist*. 2011 Oct;51(5):630-42.
77. Meuris C, Heylen L, Knaeps J, Baldewijns K, Dispa M. Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins. *Fondation Roi Baudouin*. 2019. <https://luck.synhera.be/handle/123456789/204>
78. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Feb;30(2):202-10.
79. Castle NG, Engberg J, Anderson R, Men A. Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: intent to leave and turnover. *Gerontologist*. 2007 Apr;47(2):193-204.

80. Sanchez S, Mahmoudi R, Moronne I, Camonin D, Novella JL. Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *Eur Geriatr Med.* 2015;6(2):175–183.
81. Chang YC, Yeh TF, Lai IJ, Yang CC. Job Competency and Intention to Stay among Nursing Assistants: The Mediating Effects of Intrinsic and Extrinsic Job Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jun 14;18(12):6436.
82. Sibé M. L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail. Rennes 1;2014. Disponible : <http://www.theses.fr/2014REN1G031>
83. OECD Statistics [En ligne]. Employment by job tenure intervals - average tenure. Disponible : https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TENURE_AVE
84. Boscart VM, Sidani S, Poss J, Davey M, d'Avernas J, Brown P, Heckman G, Ploeg J, Costa AP. The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Serv Res.* 2018 Oct 3;18(1):750.
85. Chao SF, Lu PC. Differences in determinants of intention to stay and retention between younger and older nursing assistants in long-term care facilities: A longitudinal perspective. *J Nurs Manag.* 2020 Apr;28(3):522-531.
86. Way C, Gregory D, Davis J, Baker N, LeFort S, Barrett B, Parfrey P. The impact of organizational culture on clinical managers' organizational commitment and turnover intentions. *J Nurs Adm.* 2007 May;37(5):235-42.
87. Harrington C, Ross L, Chapman S, Halifax E, Spurlock B, Bakerjian D. Nurse Staffing and Coronavirus Infections in California Nursing Homes. *Policy Polit Nurs Pract.* 2020 Aug;21(3):174-186.
88. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B.
89. Schlesinger M, Gray BH. How nonprofits matter in American medicine, and what to do about it. *Health Aff (Millwood).* 2006 Jul-Aug;25(4):W287-303.
90. Hillmer MP, Wodchis WP, Gill SS, Anderson GM, Rochon PA. Nursing home profit status and quality of care: is there any evidence of an association? *Med Care Res Rev.* 2005 Apr;62(2):139-66.

91. Ben-Ner A, Ren T. Comparing Workplace Organization Design Based on Form of Ownership: Nonprofit, For-Profit, and Local Government. *Nonprofit Volunt Sect Q*. 2015 Mar;44(2):340–359.
92. Farsi M, Filippini M. An Empirical Analysis of Cost Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes. *Ann Public Cooperative Econ*. 2004 Sep;75(3):339-65.
93. Dewaelheyens N, Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. Do non-profit nursing homes separate governance roles ? *Health Policy*. 2009 May;90(2-3):188-95.
94. Explore — Opendatasoft [En ligne]. Liste des établissements pour aînés en Wallonie. Disponible : <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/liste-des-etablissement-pour-aines-en-wallonie/table/?disjunctive.localite>

ANNEXE 1 : Questionnaire COMEt©

COMEt

Au travers de ce questionnaire, nous vous demandons de répondre à des questions vous interrogeant sur votre perception personnelle du fonctionnement de la MR/MRS où vous exercez.

Ce questionnaire comporte six parties relatives

- 1) à votre implication dans le service,
- 2) aux résultats perçus du fonctionnement du service,
- 3) au management du service,
- 4) à la vie relationnelle et la communication au sein du service,
- 5) aux relations avec le patient et sa famille et
- 6) au soutien du chef de service.

Le questionnaire est composé d'une série de propositions pour lesquelles vous donnez votre avis au travers d'une échelle d'accord en 5 modalités entre « Pas du tout d'accord » et « Tout à fait d'accord ».

Pour toute question le chercheur est disponible par mail : vkaivers@student.uliege.be

Vous pouvez mettre un terme, à tout moment, à votre participation sans aucun préjudice.

Le questionnaire est anonyme et les données recueillies seront strictement confidentielles, il sera donc impossible de vous identifier.

Les résultats pourront être utilisés dans un but scientifique.

*Obligatoire

1. En cochant la case ci-dessous, je déclare avoir lu et compris la présentation de la recherche et avoir reçu toutes les informations que je souhaitais *

Plusieurs réponses possibles.

J'ai lu et compris

2. En cochant la case ci-dessous je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche. *

Plusieurs réponses possibles.

Je donne mon consentement

3. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

Infirmier (breveté ou gradué)

Aide-soignant

Paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, éducateur spécialisé, assistant social, diététicienne, psychologue)

4. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le milieu des maison de repos? *

Une seule réponse possible.

5. Votre année de naissance *

Une seule réponse possible.

6. Dans quelle province travaillez-vous? *

Une seule réponse possible.

- Liège
- Namur
- Hainaut
- Luxembourg
- Brabant Wallon

7. La MR/MRS où vous travaillez est du secteur *

Une seule réponse possible.

- Public (CPAS, intercommunale)
- Privé Associatif (Asbl)
- Privé commercial

8. 1. IMPLICATION DU PERSONNEL *

1A. Engagement du professionnel envers le service

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis très attaché(e) affectivement à ce service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je travaille dans ce service par choix personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'accorde à mon travail une priorité absolue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais mien les problèmes du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'investis dans ce service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. 1.IMPLICATION DU PERSONNEL *

1B. Acceptation des normes du service

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je ne m'oppose jamais à un supérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me contente de respecter les règles en vigueur dans mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 1.IMPLICATION DU PERSONNEL *

1C. Valeurs professionnelles

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : De répondre au bien-être du patient et de sa famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : Que le service soit bien géré et organisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : D'avoir de bonnes relations de travail avec mes collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : D'être performant et que les patients soient traités au plus vite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : De défendre les avantages de ma profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE *

2A. Satisfaction au travail

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Pour la plupart de ses aspects, ma vie professionnelle est proche de mon idéal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conditions de vie professionnelle qui sont les miennes sont satisfaisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à présent, j'ai atteint les choses importantes que je voulais atteindre dans ma vie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je pouvais revivre ma vie professionnelle, je ne changerais presque rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE *

2B. Propension à rester

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je n'envisage pas de partir de ce service ou de cet établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne reste pas dans ce service par contrainte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. 2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE *

2C. Charge de travail (répondre en vous limitant à la période actuelle, au mois dernier)

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Au travail, je ne suis pas souvent submergé(e) par les contraintes de temps (à cette période-ci)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai pas trop de patients sous ma responsabilité (à cette période-ci)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE *

2D. Epuisement professionnel (répondre en vous limitant à la période actuelle, au mois dernier)

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
En me levant le matin, je ne pense pas aux problèmes du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je rentre chez moi, je peux facilement me détendre et me déconnecter du	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les personnes qui me sont proches ne trouvent pas que je sacrifie trop de choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travail me laisse tranquille, il ne m'occupe pas l'esprit au coucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je reporte une tâche que j'aurais dû faire aujourd'hui, je n'aurai pas le sommeil perturbé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. 2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE *

2E. Efficacité perçue du service

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Nous obtenons de bons résultats des patients que nous traitons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notre service répond correctement aux besoins des membres de la famille des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels du service (paramédicaux, médecins) sont parmi les meilleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous parvenons à garder dans notre service les meilleurs professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3A. Prise en compte de l'individu dans le collectif

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels se sentent reconnus dans leur travail par leur responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les avis et les idées des professionnels sont pris en compte dans les choix de prise en charge des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les avis et les idées des professionnels sont pris en compte dans les choix stratégiques et organisationnels du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels peuvent discuter une décision d'un supérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3B. Pratiques discriminatoires

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'attribution des rôles et des responsabilités dans le service n'est en aucun cas guidée par le fait d'être un homme ou une femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attribution des rôles et des responsabilités dans le service n'est en aucun cas guidée par les spécificités culturelles ou ethniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3C. Attribution des tâches et des objectifs

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les activités et les tâches des professionnels sont clairement définies et réparties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les objectifs de chaque professionnel sont identifiés et évalués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le service, les règles d'attribution des tâches sont parfaitement respectées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3D. Apprentissage organisationnel

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels du service mènent des actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque des actions d'amélioration sont mises en place, leur efficacité est évaluée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les dysfonctionnements au sein du service sont suffisamment analysés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels du service apprennent rapidement lorsqu'ils sont confrontés à de nouveaux problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3E. Fréquence des conflits entre professionnels

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Dans le service, les désaccords entre médecins sont peu nombreux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le service, les désaccords entre professionnels paramédicaux sont peu nombreux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans le service, les désaccords entre médecins et professionnels paramédicaux sont peu nombreux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de désaccord entre les professionnels, les divergences s'expriment rarement lors d'altercations ou de querelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3F. Modalités de gestion des conflits

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
En cas de désaccord entre les professionnels, le problème est ignoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de désaccord entre les professionnels, tous les points de vue sont examinés pour parvenir à un accord acceptable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de désaccord entre les professionnels, c'est toujours la même personne qui tranche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de désaccord entre les professionnels, des efforts sont faits pour trouver une solution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de désaccord entre les professionnels, chacun cherche à tirer la couverture à soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 3. MANAGEMENT DU SERVICE *

3G. Type de comportements encouragés au sein du service

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels sont encouragés à respecter scrupuleusement les protocoles, les procédures et les recommandations en vigueur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels sont encouragés à prendre des initiatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels sont encouragés à être efficaces et productifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels sont encouragés à travailler en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 4. VIE RELATIONNEL ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE *

4A. Relations entre les professionnels paramédicaux

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels paramédicaux ne se font pas ouvertement concurrence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels paramédicaux s'entraident au sein d'une même catégorie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels paramédicaux se font confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. 4. VIE RELATIONNEL ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE *

4B. Relations avec et entre les médecins

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels médecins ne se font pas ouvertement concurrence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels (médecins et paramédicaux) constituent une équipe soudée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médecins respectent les professionnels paramédicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médecins sont à l'écoute des conseils des professionnels paramédicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels paramédicaux ont une forte estime des médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les décisions médicales concernant la prise en charge des patients sont prises de manière collégiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. 4. VIE RELATIONNEL ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE *

4C. Coordination au sein du service

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Dans le service, les réunions sont de réels temps de rencontre, de discussion et d'échange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand des changements de fonctionnement sont décidés, ils sont clairement expliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 4. VIE RELATIONNEL ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE *

4D. Diffusion de l'information

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les informations orales transmises aux professionnels sont sans ambiguïté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les informations écrites transmises aux professionnels sont sans ambiguïté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les informations circulent librement entre les professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 5. RELATION AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
L'importance accordée au relationnel avec le patient est partagée dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque les professionnels sont avec un patient, ils parlent rarement entre eux comme si le patient n'existait pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels sont attentifs aux attentes des patients et de leur entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les différences (particularités) culturelles des patients peuvent être prises en considération dans la prise en charge des patients (menus, respect de l'intimité, mode de communication...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels soignants accordent du temps à l'éducation du patient et de son entourage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 6. SOUTIEN HIERARCHIQUE *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Votre supérieur hiérarchique a une vision des besoins futurs du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique stimule et mobilise les professionnels dans le quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique est capable de donner du temps pour aider les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique est capable de convaincre les professionnels de son point de vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique est juste, honnête et inspire la confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique prend des décisions fermes, rapides, et cohérentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique ne privilégie pas son intérêt particulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique accorde de l'importance au bien être des professionnels du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre supérieur hiérarchique établit des relations amicales avec les professionnels du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Vous avez répondu en considérant que votre supérieur hiérarchique était :Entourer UNE seule réponse. *

Une seule réponse possible.

- Un(e) infirmier(e) en chef
- Un(e) infirmier(e)
- Le/la directeur(rice)

ANNEXE 2 : Demande d'avis et réponse du comité d'éthique

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : KAIVERS VINCIANE

vkaivers@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : __GEIS__ 3. Année académique : __Mémoire à réaliser en 2022-2023.

4. Titre du mémoire : Quels sont les liens entre le contexte organisationnel et managérial et la fidélisation et la satisfaction du personnel soignant et paramédical dans les MR/MRS Situées en Région Wallonne ?

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Sciences de la Santé publique _____

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département :
Présidente : Pr Anne-Françoise DONNEAU _____

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

Méryl Paquay

Assistante volontaire, maître de conférences et doctorante à l'Université de Liège au Département des sciences de la santé publique Unité de recherche Santé publique/ Gestionnaire Qualité & Sécurité, Service des Urgences, CHU Liège

Adresse : CHU B23 Avenue Hippocrate, 13 à 4000 Liège

Email : meryl.paquay@chuliege.be

Tél. : 0484/616141 ou 04/2843738

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal : Déterminer si le contexte organisationnel et managérial (style de management, soutien du supérieur...) est associé aux attitudes (satisfaction, engagement, intention de quitter...) du personnel soignant et paramédical des MR/MRS en Région Wallonne.

L'objectif secondaire : Déterminer les profils organisationnels des différents types de MR/MRS (public, associatif, privé commercial).

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude sera quantitative. Le contexte organisationnel va être évalué par la passation du questionnaire validé COMEt©. Cette étude sera observationnelle, analytique et transversale. En effet, différentes variables vont être analysées, à un moment donné, afin de mettre en avant d'éventuelles associations ou profils organisationnels.

Le questionnaire COMEt a été élaboré et validé dans le cadre du projet ThéOREM (Théories Organisationnelles, Recommandations et Management). Il comporte 6 thèmes, 21 dimensions et 83 items. L'échelle de Likert (en 5 échelons) permet aux répondants d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord à chaque item. Ce questionnaire comprend également une partie reprenant des informations sociodémographiques. Cette partie a été adaptée pour le milieu professionnel étudié (le secteur d'activité de la MRS, la situation géographique).

SUJETS :

Critères d'inclusion :

- Travailler dans une MR ou MRS située en Région Wallonne.
- Être titulaire d'un diplôme d'infirmier graduée ou brevetée, d'aide-soignant ou de profession paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, diététicienne, éducateur, assistant social, psychologue).

Critères d'exclusion :

- Refus de participer
- Ne pas maîtriser le français
- Les professionnels de la santé absents (congé ou maladie de longue durée)
- Les directeurs/rices
- Les stagiaires et intérimaires.

L'échantillon est obtenu grâce à une méthode non-probabiliste : l'échantillonnage au volontaire. Les individus seront formellement sollicités par mail afin de répondre au questionnaire sur base volontaire. L'échantillonnage boule de neige sera également utilisé. En effet, les répondants auront l'occasion de transférer le questionnaire à leurs amis et/ou collègues. Un calcul de taille d'échantillon a été réalisé en ligne, il faudra 382 répondants.

Collecte des données : Le questionnaire sera encodé en ligne via la plateforme Googleforms. L'hyperlien (avec explication de l'étude) sera envoyé aux responsables des CPAS, aux directions des MR/MRS à qui il sera demandé de partager le lien à leurs employés. Le questionnaire sera également posté sur les réseaux sociaux afin de toucher un maximum de gens. L'hyperlien sera accessible 4 mois.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? _ OUI _
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? ___ NON ___
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? __ NON _____
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? __ NON _____
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON

6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? OUI
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 11/07/2022 Nom et signature du promoteur : Méryl Paquay



Sart Tilman, le 26/07/2022

Madame la **Prof. A-F. DONNEAU**
Mademoiselle **Vinciane KAIVERS**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Éthique
Notre réf: 2022/193

"Quels sont les liens entre le contexte organisationnel et managérial et la fidélisation et la satisfaction du personnel soignant et paramédical dans les MR/MRS situées en Région Wallonne."

Protocole : v1


Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Éthique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Éthique

C.H.U. de LIEGE - Site du Sart Tilman - Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif - Coordination scientifique: 04/242.21.58
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER / Madame Régine HARDY (suppléante) Psychologue, membre extérieure au CHU Psychologue, CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX Représentante des patients	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FERKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacien, CHU	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieur CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	

26/07/2022

ANNEXE 3 : Récapitulatif des scores pour chaque item (N=386)

Les 18 dimensions scorées comprenant 69 items	Réponses positives (%)
1. IMPLICATION DU PROFESSIONNEL	
A-Engagement du professionnel envers le service	74
Je suis très attaché(e) affectivement à ce service	83
Je travaille dans ce service par choix personnel	86
J'accorde à mon travail une priorité absolue	58
Je fais mien les problèmes du service	47
Je m'investis dans ce service	94
1. IMPLICATION DU PERSONNEL	
B-Acceptation des normes du service	40
Je ne m'oppose jamais à un supérieur	30
Je me contente de respecter les règles en vigueur dans mon travail	51
2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
A-Satisfaction au travail	42
Pour la plupart de ses aspects, ma vie professionnelle est proche de mon idéal	36
Les conditions de vie professionnelle qui sont les miennes sont satisfaisantes	51
Jusqu'à présent, j'ai atteint les choses importantes que je voulais atteindre dans ma vie professionnelle	45
Si je pouvais revivre ma vie professionnelle, je ne changerais presque rien	37
2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
B-Propension à rester	56
Je n'envisage pas de partir de ce service ou de cet établissement	51
Je ne reste pas dans ce service par contrainte	62
2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
C- Charge de travail	26
Au travail, je ne suis pas souvent submergé(e) par les contraintes de temps (à cette période-ci)	31
Je n'ai pas trop de patients sous ma responsabilité (à cette période-ci)	21
2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
D- Épuisement professionnel	41
En me levant le matin, je ne pense pas aux problèmes du travail	41
Lorsque je rentre chez moi, je peux facilement me détendre et me déconnecter du travail	45
Les personnes qui me sont proches ne trouvent pas que je sacrifie trop de choses	44
Le travail me laisse tranquille, il ne m'occupe pas l'esprit au coucher	37
Si je reporte une tâche que j'aurais dû faire aujourd'hui, je n'aurai pas le sommeil perturbé	38
2. RESULTATS PERCUS DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE	
E- Efficacité perçue du service	46
Nous obtenons de bons résultats des patients que nous traitons	67
Notre service répond correctement aux besoins des membres de la famille des patients	56
Les professionnels du service (paramédicaux, médecins) sont parmi les meilleurs	36

Nous parvenons à garder dans notre service les meilleurs professionnels	26
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
A- Prise en compte de l'individu dans le collectif	42
Les professionnels se sentent reconnus dans leur travail par leur responsable	34
Les avis et les idées des professionnels sont pris en compte dans les choix de prise en charge des patients	47
Les avis et les idées des professionnels sont pris en compte dans les choix stratégiques et organisationnels du service	40
Les professionnels peuvent discuter une décision d'un supérieur	46
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
B- Pratiques discriminatoires	88
L'attribution des rôles et des responsabilités dans le service n'est en aucun cas guidée par le fait d'être un homme ou une femme	89
L'attribution des rôles et des responsabilités dans le service n'est en aucun cas guidée par les spécificités culturelles ou ethniques	88
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
C- Attribution des tâches et des objectifs	46
Les activités et les tâches des professionnels sont clairement définies et réparties	59
Les objectifs de chaque professionnel sont identifiés et évalués	42
Dans le service, les règles d'attribution des tâches sont parfaitement respectées	38
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
D- Apprentissage organisationnel	47
Les professionnels du service mènent des actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins	63
Lorsque des actions d'amélioration sont mises en place, leur efficacité est évaluée	50
Les dysfonctionnements au sein du service sont suffisamment analysés	32
Les professionnels du service apprennent rapidement lorsqu'ils sont confrontés à de nouveaux problèmes	41
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
E- Fréquence des conflits entre professionnels	54
Dans le service, les désaccords entre médecins sont peu nombreux	51
Dans le service, les désaccords entre professionnels paramédicaux sont peu nombreux	55
Dans le service, les désaccords entre médecins et professionnels paramédicaux sont peu nombreux	57
En cas de désaccord entre les professionnels, les divergences s'expriment rarement lors d'altercations ou de querelles	55
4. VIE RELATIONNELLE ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	70
A- Relations entre les professionnels paramédicaux	
Les professionnels paramédicaux ne se font pas ouvertement concurrence	70
Les professionnels paramédicaux s'entraident au sein d'une même catégorie professionnelle	72
Les professionnels paramédicaux se font confiance	69

4. VIE RELATIONNELLE ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	
B- Relations avec et entre les médecins	49
Les professionnels médecins ne se font pas ouvertement concurrence	55
Les professionnels (médecins et paramédicaux) constituent une équipe soudée	39
Les médecins respectent les professionnels paramédicaux	58
Les médecins sont à l'écoute des conseils des professionnels paramédicaux	53
Les professionnels paramédicaux ont une forte estime des médecins	41
Les décisions médicales concernant la prise en charge des patients sont prises de manière collégiale	45
4. VIE RELATIONNELLE ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	
C- Coordination au sein du service	46
Dans le service, les réunions sont de réels temps de rencontre, de discussion et d'échange	42
Quand des changements de fonctionnement sont décidés, ils sont clairement expliqués	50
4. VIE RELATIONNELLE ET COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	
D- Diffusion de l'information	49
Les informations orales transmises aux professionnels sont sans ambiguïté	42
Les informations écrites transmises aux professionnels sont sans ambiguïté	55
Les informations circulent librement entre les professionnels	53
5. RELATION AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE	62
L'importance accordée au relationnel avec le patient est partagée dans le service	71
Lorsque les professionnels sont avec un patient, ils parlent rarement entre eux comme si le patient n'existait pas	31
Les professionnels sont attentifs aux attentes des patients et de leur entourage	73
Les différences (particularités) culturelles des patients peuvent être prises en considération dans la prise en charge des patients (menus, respect de l'intimité, mode de communication...)	78
Les professionnels soignants accordent du temps à l'éducation du patient et de son entourage	58
6. SOUTIEN HIERARCHIQUE	51
Votre supérieur hiérarchique a une vision des besoins futurs du service	53
Votre supérieur hiérarchique stimule et mobilise les professionnels dans le quotidien	48
Votre supérieur hiérarchique est capable de donner du temps pour aider les autres	54
Votre supérieur hiérarchique est capable de convaincre les professionnels de son point de vue	57
Votre supérieur hiérarchique est juste, honnête et inspire la confiance	51

Votre supérieur hiérarchique prend des décisions fermes, rapides, et cohérentes	46
Votre supérieur hiérarchique ne privilégie pas son intérêt particulier	48
Votre supérieur hiérarchique accorde de l'importance au bien être des professionnels du service	53
Votre supérieur hiérarchique établit des relations amicales avec les professionnels du service	52

Les 3 dimensions typologisées	Réponses positives (%)
1. IMPLICATION DU PROFESSIONNEL	
C- Aspirations professionnelles	
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : De répondre au bien-être du patient et de sa famille	96 Souci du patient
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : Que le service soit bien géré et organisé	87 Bonne gestion du service
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : D'avoir de bonnes relations de travail avec mes collègues	79 Entente avec les collègues
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : D'être performant et que les patients soient traités au plus vite	61 Efficacité dans le soin
Ce qui m'importe le plus au travail c'est : De défendre les avantages de ma profession	59 Défense du statut professionnel
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
F- Modalités de gestion des conflits	
En cas de désaccord entre les professionnels, le problème est ignoré	21 Déni du problème
En cas de désaccord entre les professionnels, tous les points de vue sont examinés pour parvenir à un accord acceptable	44 Recherche de consensus
En cas de désaccord entre les professionnels, c'est toujours la même personne qui tranche	39 Résolution autoritaire
En cas de désaccord entre les professionnels, des efforts sont faits pour trouver une solution	50 Stratégie collective d'accord
En cas de désaccord entre les professionnels, chacun cherche à tirer la couverture à soi	36 Recherche de bénéfice personnel
3. MANAGEMENT DU SERVICE	
G- Types de comportements encouragés au sein du service	
Les professionnels sont encouragés à respecter scrupuleusement les protocoles, les procédures et les recommandations en vigueur	77 Normatif
Les professionnels sont encouragés à prendre des initiatives	75 Créatif
Les professionnels sont encouragés à être efficaces et productifs	81 Productif
Les professionnels sont encouragés à travailler en équipe	78 Collaboratif

ANNEXE 4 : Résultats statistiques en fonction du secteur

Les 18 dimensions du COMEt©	Chi ²	P valeur
1A. Engagement envers le service	1,44	0,49
1B. Acceptation des normes du service	1,47	0,48
2A. Satisfaction au travail	10,92	0,004*
2B. Propension à rester	6,04	0,05*
2C. Charge de travail	1,26	0,53
2D. Epuisement professionnel	3,35	0,19
2E. Efficacité perçue du service	6,57	0,04*
3A. Prise en compte de l'individu dans le collectif	2,20	0,33
3B. Pratiques discriminatoires	0,43	0,81
3C. Attribution des tâches et objectifs	5,21	0,07
3D. Apprentissage organisationnel	2,44	0,30
3E. Fréquence des conflits	0,37	0,83
4A. Relations entre les professionnels paramédicaux	2,34	0,31
4B. Relations avec et entre médecins	2,56	0,28
4C. Coordination au sein du service	1,90	0,39
4D. Diffusion de l'information	1,28	0,53
5. Relations avec le patient et sa famille	4,69	0,10
6. Soutien hiérarchique	7,60	0,02*