



Promouvoir la santé au travail et la qualité des soins dans les EMS et CMS valaisans : évaluation de la pertinence d'une série de pistes d'action

Rapport intermédiaire, 17.01.2024

Sophie Carrard, Audrey Genolet, Stéphanie Hannart et Rafaël Weissbrodt, Haute Ecole de Santé

CONTEXTE

Cette étude est menée par la Haute Ecole de Santé Valais (HEdS) sur mandat du Service de protection des travailleurs et des relations du travail, en collaboration avec le Groupement valaisan des CMS et l'association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS). Elle fait suite à l'enquête « Evaluation de l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins, à partir des perceptions du personnel soignant diplômé et en formation » (2020), qui a permis de relever 14 pistes d'actions pouvant contribuer à la qualité des soins et à l'amélioration des conditions de travail. La présente étude vise à compléter et prioriser ces pistes, à partir des expériences des professionnel·les de terrain. L'objectif est de fournir une liste revue et approfondie des pistes d'action, adaptées aux spécificités des CMS et EMS valaisans. L'étude se divise en deux temps : le premier s'est fondé sur des entretiens individuels (français/allemand). Le second consistera à mener un atelier dans chaque langue, auprès de personnes de différents métiers et niveaux hiérarchiques. Le présent rapport rend compte des résultats des entretiens.

METHODE

Constitution de l'échantillon

Le groupement valaisan des CMS nous a transmis les coordonnées de dix personnes, et l'AVALEMS six. Quatre personnes souhaitaient participer uniquement aux ateliers, et une n'a pas pu être vue.

Questionnaire préalable

Un questionnaire a été envoyé à l'avance à chaque participant·e, afin d'évaluer la pertinence des pistes de l'étude antérieure ; celles-ci avaient été préalablement retravaillées et clarifiées. Les 14 pistes se sont déclinées en 17 suggestions. Pour chacune d'elles, les participant·es devaient indiquer si elle leur semblait (i) tout à fait pertinente, (ii) assez pertinente, (iii) peu pertinente, (iv) pas du tout pertinente ou (v) difficile à comprendre. Il leur était ensuite demandé si d'autres pistes d'action permettraient de promouvoir à la fois la santé des professionnels et la qualité des soins. Afin de relier les questionnaires aux participant·es, leur nom et leur prénom ont été demandés. Pour décrire l'échantillon, des questions sur le type d'institution et l'ancienneté ont aussi été posées. Les questionnaires ont été développés sur l'outil Forms et analysés avec Excel. Les données seront supprimées à la fin des analyses.

Entretiens

Tous les entretiens ont été confirmés par e-mail à la suite de l'appel téléphonique. Ce courriel contenait un rappel du contexte de l'étude, une fiche de synthèse de l'enquête précédente, les informations pratiques du rendez-vous, ainsi qu'un lien pour compléter le questionnaire. Lors des entretiens, les participant·es ont priorisé les 17 pistes d'action et expliqué pourquoi certaines

leur paraissaient moins pertinentes. Les mesures prioritaires ont été approfondies en demandant aux personnes comment elles envisageaient leur mise en place. Enfin, les enquêtrices leur ont demandé leurs préférences pour les ateliers, afin de proposer une plage horaire qui convienne à une grande majorité. Dans le Haut-Valais, la possibilité de suivre les ateliers en français a été évoquée. Il a aussi été suggéré aux personnes de recruter des collègues ou connaissances, afin de pouvoir augmenter la couverture dans cette partie du canton. Les entretiens ont eu lieu entre le 10 octobre et le 16 novembre 2023. Ils ont duré en moyenne 64 minutes (40 à 75 minutes).

RESULTATS

Les résultats présentés reflètent l'avis des personnes interrogées. Ils seront complétés et discutés lors des ateliers.

Caractéristiques de l'échantillon

Onze personnes ont été vues en entretien ; dix ont répondu au questionnaire préalable. Une personne était présente à l'entretien sans avoir répondu ; une personne a été remplacée par une collègue au dernier moment. La majorité était des femmes (9/11) et travaillait dans un CMS (7/11). Seules trois participantes ayant répondu au questionnaire travaillent en Haut-Valais, et deux seulement ont participé à un entretien. L'ancienneté médiane dans l'institution s'élève à 9.5 ans (4 à 35), et dans la profession à 15 ans (5 à 40). Plus de la moitié (6) officie comme infirmière avec ou sans responsabilités de conduite. Une ergothérapeute, un responsable support et prestation, une aide familiale et un responsable du maintien à domicile ont aussi participé.

Pertinence des mesures proposées

Dans le questionnaire, les participant·es ont jugé de la pertinence des pistes d'action ci-dessous (cf. aussi Figure 1) :

1. Former les personnes en charge des horaires, à partir des données scientifiques actuelles ;
2. Associer le personnel à la construction des horaires, pour en favoriser l'acceptation et l'adéquation aux besoins ;
3. Dans la construction des horaires, recourir à des indicateurs de risque et de fatigue objectifs, validés scientifiquement ;
4. Adapter les effectifs à l'évolution des patient·es ou résident·es, en associant le jugement professionnel à des mesures objectives de la charge de travail (p.ex. outil informatique de documentation des activités en temps réel) ;
5. Aménager les locaux insatisfaisants, avec une attention particulière aux salles de bain, souvent problématiques ;
6. Profiter des travaux de transformation pour mettre aux normes les bâtiments, en impliquant le personnel, voire des ergonomes et spécialistes en santé au travail ;
7. Mener une réflexion sur l'aménagement des locaux de pause et des tisaneries, afin que le personnel soignant ait un lieu agréable où s'arrêter quelques minutes dans son travail ;

8. Renforcer la collaboration entre infirmier-ères, ASSC, aides en soins et physiothérapeutes, pour définir les méthodes de mobilisation et de manutention de patient-es ou résident-es ;
9. Renforcer la collaboration entre infirmier-ères, ASSC, aides en soins et physiothérapeutes, pour développer le niveau de connaissances du personnel sur la mobilisation et la manutention des patient-es ou résident-es ;
10. Renforcer l'équipement des établissements en moyens auxiliaires de manutention, ainsi que la formation à leur utilisation, pour prévenir les troubles musculosquelettiques ;
11. Organiser régulièrement des rencontres dans les unités de soins, afin d'échanger sur le travail et les difficultés rencontrées, renforcer la cohésion, et définir en commun des réponses aux situations de travail difficiles ;
12. Intégrer systématiquement, dans les colloques et les transmissions, un point sur les difficultés rencontrées pendant un service, afin d'améliorer la prise en charge et d'anticiper les problèmes potentiels à la suite du changement d'équipe ;
13. Promouvoir les échanges interprofessionnels, pour favoriser le soutien social entre les différentes professions ;
14. Développer des formes de mentorat pour les responsables des entretiens d'évaluation du personnel, de manière à inclure également les questions de santé au travail ;
15. Inciter les institutions à faire évoluer leur culture, pour limiter le fait de venir travailler bien qu'on soit malade ;
16. Développer un concept institutionnel de gestion des conflits ;
17. Favoriser la communication interne sur les stratégies de l'institution, de manière à contribuer au sens du travail, à la culture d'entreprise et à la projection dans l'avenir.

Toutes les pistes proposées semblent pertinentes, en particulier les P6, P8, P9, P10, P2, P4 et P14. Pour les autres, les avis ont été un peu plus nuancés, soit qu'elles ont donné lieu à des difficultés de compréhension (P5, P15 et P17), soit qu'elles ont été jugées peu pertinentes par une ou deux personnes (P1, P7, P12, P13 et P15), soit que moins de participant-es les ont jugées tout à fait pertinentes (P3, P11 et P16).

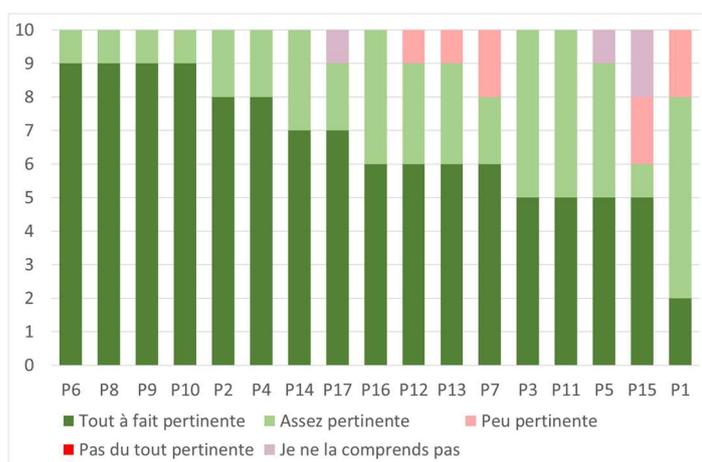


Figure 1 : Évaluation de la pertinence des pistes d'action

• Pistes d'actions jugées les plus pertinentes

Les pistes jugées les plus pertinentes concernent la mise aux normes des bâtiments, lors de transformations, en tenant compte des besoins de l'ensemble des utilisateurs-trices (P6), la collaboration interprofessionnelle et les moyens auxiliaires pour une meilleure prise en charge et pour prévenir les risques professionnels (P8, P9 et P10), l'association du personnel à la construction des horaires (P2), l'adaptation des effectifs aux

besoins des bénéficiaires (P4) et l'inclusion des questions de santé au travail lors des entretiens d'évaluation (P14).

Concernant la piste P6 (*mise aux normes des bâtiments*), les personnes ont relevé qu'il est opportun de consulter les usagers et usagères. Plusieurs ont indiqué que leurs bâtiments devenaient trop petits. Certaines ont mentionné que supprimer une chambre d'EMS, pour aménager un local spécifique, représente une perte financière pour l'établissement. Deux aspects supplémentaires ont été soulignés. D'une part, l'augmentation des températures, du fait du réchauffement climatique, nécessite d'adapter les infrastructures. D'autre part, certaines technologies et aménagements permettent de réduire le temps et le nombre de déplacements dans les couloirs d'EMS (ascenseurs, tubes pneumatiques, etc.).

Les pistes P8, P9 et P10 (*mobilisation et manutention des patient-es*) ont souvent été traitées conjointement par les personnes interrogées. Elles sont toutes d'accord sur l'importance de ces mesures et essaient de les mettre en place, dans toute la mesure du possible, par des collaborations interprofessionnelles. Les techniques de manutention sont choisies en tenant compte des besoins des bénéficiaires et du personnel, ainsi que des ressources à disposition. Des physiothérapeutes et des ergothérapeutes sont sollicités ; cependant, les questions du coût et de la planification sont problématiques. Par exemple, dans le cas des EMS, les coûts de déplacements ne peuvent pas être facturés par les physiothérapeutes ; de ce fait, les patient-es sont vus dans un laps de temps prédéterminé, qui ne correspond pas nécessairement à la disponibilité du personnel pour un échange ou des indications pour la manutention. Plusieurs personnes ont souligné que la prévention des troubles musculosquelettiques était très importante, afin de prévenir des absences perlées ou de longue durée, dans le contexte actuel de pénurie de personnel. Le délai d'accès à des soins a également été relevé comme problématique, lorsque du personnel présente des douleurs musculosquelettiques à la suite d'une prise en charge.

Associer le personnel à la construction des horaires (P2) est jugé important, afin que celui-ci puisse, d'une part, faire remonter les besoins du terrain et que, d'autre part, certaines contraintes puissent également être expliquées aux collaborateurs et collaboratrices, afin de favoriser leur compréhension et leur acceptation. Une personne a toutefois relevé que travailler dans ces milieux implique des horaires irréguliers, du week-end et du soir, que ceci ne peut pas être modifié et que les personnes qui s'engagent dans le métier doivent en être conscientes et y être préparées, y compris pendant leur formation.

Concernant la P4, une attention est déjà portée à l'adaptation des effectifs, en fonction des besoins des bénéficiaires. Cependant, l'actuelle pénurie de personnel y fait obstacle. Il est difficile de trouver du personnel qualifié en adéquation avec les postes. Les équipes ont tendance à être en sous-effectif, et la gestion des absences est compliquée. Des systèmes d'entraide ont été mis en place, entre des équipes, pour pallier cette problématique ; ils sont toutefois limités par les besoins de prise en charge des bénéficiaires et la disponibilité des équipes. Dans un EMS, une personne a relevé que le système BESA ne permet pas une adaptation rapide des effectifs (de mois en mois uniquement). Elle a également indiqué que la version actuelle ne permet pas la saisie de toutes les prestations, ce qui représente un manque à gagner pour les établissements ; dans les versions ultérieures, des prestations supplémentaires peuvent être saisies.

Concernant la P14 (*mentorat pour le personnel en charge des entretiens d'évaluation du personnel*), les répondants relèvent l'intérêt d'intégrer la santé au travail dans les entretiens, afin de prendre soin du personnel. Dans une certaine mesure, il s'agit de se détacher des objectifs opérationnels et d'offrir davantage d'espace pour aborder le vécu au travail et faire remonter les

problématiques rencontrées sur le terrain. Une personne du Haut-Valais a précisé que, dans certaines institutions, une formation continue en gestion d'équipe et leadership est exigée pour occuper un poste de cadre. C'est également le cas dans certaines institutions du Valais romand. La conduite d'entretien et la santé au travail sont abordées dans ces formations.

• Pistes d'action jugées moins pertinentes

Ces pistes touchent aux échanges à l'intérieur des équipes (P11, P12 et P13), aux horaires (P1 et P3), aux locaux (P5 et P7), au présentisme (P15), à la gestion des conflits (P16) et à la stratégie de l'institution (P17). Elles sont présentées ci-dessous dans l'ordre décroissant de pertinence.

Dans l'ensemble, la P17 (*communication interne sur les stratégies de l'institution*) a été considérée comme intéressante. Les participant-es ont cependant relevé que le personnel n'est pas forcément réceptif à ce type d'information, qui peut lui paraître abstrait lorsqu'il n'est pas directement concerné.

Concernant la P16 (*gestion des conflits*), les personnes ont indiqué que les conflits sont généralement pris en charge et que les employé-es savent à qui s'adresser, sans qu'un concept soit toujours formalisé. Bien que cette mesure ne soit pas jugée prioritaire, il y a néanmoins un consensus sur son importance.

La P12 (*point sur les difficultés, lors des colloques et transmissions*) a été classée comme peu pertinente par une personne travaillant en CMS. Dans son institution, les transmissions sont effectuées uniquement par écrit. Lorsqu'un cas difficile se présente avec un-e client-e, un rapport accessible à tout le monde est créé. Les CMS utilisent des tablettes, avec un *chat* pour échanger entre collègues, en cas de difficultés. Cette personne a également estimé que les pratiques actuelles, en matière de colloques, étaient suffisantes.

Concernant la P13 (*échanges interprofessionnels*), certain-es répondant-es ont relevé que les pratiques sont déjà suffisamment développées. Cette piste n'a pas suscité de remarques.

La P7 (*aménagement des locaux de pause et des tisaneries*) est perçue différemment entre les EMS et CMS, et selon la fonction. En effet, les personnes travaillant dans les soins à domicile indiquent prendre leur pause à l'extérieur, entre deux visites. Néanmoins, la plupart ont relevé que ces espaces sont nécessaires, pour prendre un café en début de journée, revenir dîner à midi, ou pour le personnel administratif. Dans les EMS, l'application de cette piste serait plus importante encore. Cet espace y étant souvent inexistant, les collaborateurs-trices en pause sont sollicité-es par des résident-es ou leurs proches. Par ailleurs, il a été relevé qu'une retenue est de mise, dans la mesure où le personnel est observé et entendu par les résident-s et les visites. Les participants-e ont estimé que cette suggestion n'est pas une priorité absolue, d'autres éléments étant plus importants.

Concernant la P3 (*indicateurs de risque et de fatigue objectifs dans la construction des horaires*), les participant-es ont évoqué la difficulté de détecter la fatigue et de faire remonter cette information, si le personnel n'en parle pas. Ils ont aussi mentionné le manque de marge de manœuvre pour adapter les horaires, du fait d'effectifs insuffisants. En outre, le type d'indicateurs évoqués n'a pas été compris par tout le monde. En effet, cette piste se fonde sur des calculateurs développés dans l'aviation civile ; l'usage de ces outils n'est pas ou peu répandu dans les soins.

Concernant la P11 (*rencontres dans les unités de soins pour aménager des réponses communes aux situations difficiles*), les personnes n'ont pas jugé la mesure tout à fait pertinente car, selon elles, le nécessaire est déjà en place dans leurs institutions. Toutefois, des personnes ont indiqué que les équipes sont arrivées au bout de leur créativité et de ce qu'elles peuvent

améliorer ; des mesures devraient être prises aux échelons supérieurs (direction d'établissement, Etat et système de santé). Deux personnes ont également émis la nécessité d'une plus grande communication avec les hôpitaux, lors des retours à domicile. Fréquemment, des patient-es sont renvoyé-es chez eux ou en EMS, alors que leur prise en charge est compliquée, voire ne peut pas être garantie. Ces transferts engendrent une surcharge de travail et du stress, notamment lorsqu'ils surviennent le vendredi. Une meilleure collaboration et une compréhension accrue, de la part des hôpitaux, des moyens de prise en charge en extrahospitalier, permettraient de préparer ces retours et de garantir des soins adéquats.

Pour la P5 (*aménagement des locaux problématiques comme les salles de bain*), la question des coûts des aménagements a été évoquée autant par les collaborateurs-trices des EMS que des CMS. Ces derniers ont particulièrement relevé la question de la prise en charge, au regard de la précarité financière des bénéficiaires. Des moyens auxiliaires sont cependant utilisés, si possible, pour contourner les barrières structurelles.

La piste P15 (*limiter le fait de venir travailler en étant malade*) a suscité deux incompréhensions et donné lieu à des débats lors des entretiens. Deux phénomènes sont présents : d'une part, les personnes qui viennent travailler en étant malades, pour ne pas surcharger l'équipe et pour assurer les soins (surtout dans les équipes ayant une bonne cohésion) ; d'autre part, celles qui se portent trop souvent malades et dont les absences répétées impactent la charge de travail et le climat de l'équipe. La pénurie de personnel amplifie la complexité de la gestion de ces situations. Dans certaines structures, des entretiens sont menés au retour des personnes absentes, d'abord informellement, puis plus officiellement quand ces absences deviennent répétées. Des participant-es ont également relevé que la pandémie avait généré des messages contradictoires dans la gestion des absences maladie ; le personnel malade a été initialement invité à rester à domicile, puis à venir travailler avec le port du masque.

Enfin, la piste P1 (*former les personnes en charge de la planification des horaires*) est jugée peu prioritaire ou peu utile. En effet, les participant-es donnent plus d'importance à l'échange entre les planificateurs-trices et le personnel, car ils estiment prioritaires la connaissance du terrain, ainsi que la spécificité et l'organisation du service, pour la planification des horaires. Les aspects légaux sont connus, mais parfois difficilement applicables en raison du manque d'effectif dans ces structures.

• Suggestions supplémentaires des participant-es

En fin d'entretien, toutes les personnes ont suggéré entre une et quatre pistes supplémentaires, listées ci-dessous :

a) Soutien en matière de santé au travail

- Accès à un service de médecine du travail : proposer au personnel une prise en charge professionnelle, rapide et en-dehors de l'organisation ; les bienfaits seraient multiples, tant au niveau des collaborateurs-trices que pour l'organisation.
- Accès à des soins et à des tarifs préférentiels pour le personnel auprès de physiothérapeutes ou ostéopathes, voire engagement de tel-les professionnel-les au sein des faitières : assurer non seulement une prise en charge rapide, avec pour objectif de diminuer les complications et donc les absences, mais également diminuer la charge financière étant donné que les douleurs et blocages sont inhérents au métier (réflexe de protéger une personne qui chute, p.ex.).
- Sensibilisation à la santé et sécurité, et mise en place d'audits qualité sur cette thématique : sensibiliser le personnel et faire remonter des situations problématiques, afin de faire évoluer les procédures et les conditions de travail.

b) Formation

- Formation de base et continue : montrer la réalité du travail avant et pendant la formation de base (nature du travail, horaires, responsabilités comme être seul.e infirmier.ère de nuit dans un étage), afin de pallier les abandons de formation ou du métier ; renforcer les formations continues, afin de développer les compétences et la qualité des soins.
- Sensibilisation au maintien de la distance professionnelle : sensibiliser les personnes qui vont à domicile sur le fait qu'elles ont accès à l'intimité des personnes, afin de veiller au maintien d'une distance relationnelle adéquate et de pouvoir poser des limites à la prise en charge.
- Prévention de la violence : sensibiliser et former le personnel intervenant seul à domicile, afin de prévenir la violence et augmenter les compétences de gestion de ces situations.

c) Gestion des équipes

- Team building et moments de partages hors travail : mettre à disposition du temps et soutenir les projets de rencontres hors travail, afin de favoriser la connaissance mutuelle, le sentiment d'appartenance et la cohésion d'équipe.
- Valorisation et reconnaissance : temps d'échanges et de remerciement avec les collaborateurs-trices ; implication dans des projets, afin de favoriser le développement de compétences et la satisfaction au travail.
- Connaissance du terrain : garder du temps de travail au sein des soins pour les responsables, afin de garantir une bonne compréhension des difficultés rencontrées.

d) Conditions-cadres

- Salaires : des participant-es relèvent que, pour un même niveau de qualification (HES), le salaire des infirmier-ères est inférieur à celui d'un-e éducateur-trice ; par ailleurs, les ASSC ont des salaires plafonnés au niveau de l'ancienneté. Ces personnes sont d'avis que des salaires plus élevés faciliteraient la prise de postes à temps partiel – ce qui diminuerait la fatigue et les troubles musculosquelettiques –, représenteraient une reconnaissance du travail effectué et favoriseraient la poursuite de l'exercice du métier.
- Augmentation des effectifs : des participant-es relèvent un besoin de pouvoir adapter les effectifs au travail à effectuer, à brève échéance, voire le jour-même ; en effet, les équipes fonctionnent en flux tendu ou en effectifs réduits, tandis que les situations tendent à augmenter en nombre et en complexité, avec des impacts sur la charge de travail, la qualité des soins et la santé du personnel.
- Uniformation de processus : une personne a suggéré que la charge de travail administrative dans les EMS pourrait être diminuée, si davantage de lignes directrices, en matière d'organisation et de gestion des établissements, étaient élaborées à l'échelle cantonale (économies d'échelle). Elle n'a toutefois pas précisé davantage sa pensée.
- Création de crèches et soutien pour la garde d'enfants : des crèches communes à plusieurs organisations, au sein d'une même région, pourraient permettre de pallier les difficultés de garde en raison des horaires irréguliers ou prolongés. Compte tenu du niveau salarial dans certaines professions, des formes de soutien financier sont également évoquées.
- Financement de modifications du logement des bénéficiaires et des moyens auxiliaires : améliorer la prise en charge de l'aménagement et des moyens auxiliaires, pour prévenir aussi les troubles musculosquelettiques chez le personnel.

CONCLUSION

Cette première phase du projet s'est fondée sur des entretiens avec 11 professionnel·les de la santé, travaillant en EMS et en CMS. Elle a permis de recueillir leurs avis sur les pistes d'action proposées à l'issue de l'enquête « Evaluation de l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins, à partir des perceptions du personnel soignant diplômé et en formation » (2020). Ces pistes ont toutes été jugées pertinentes, en particulier la consultation des utilisateurs-trices dans les transformations de bâtiments, la collaboration interprofessionnelle pour la maintenance des patient-es et résident-es, la participation du personnel à la construction des horaires, l'adaptation des effectifs aux besoins des bénéficiaires, ainsi que l'inclusion des questions de santé au travail lors des entretiens d'évaluation. Les personnes interviewées relèvent toutefois que les moyens dont elles disposent, pour mettre en œuvre ces mesures, sont limités. Elles ont également évoqué une quinzaine de pistes d'actions supplémentaires, touchant à la santé au travail, à la formation, à la gestion d'équipe et aux conditions-cadres.

Sur le plan méthodologique, la démarche convenue a fonctionné adéquatement. Le questionnaire préalable à l'entretien s'est avéré rapide et pratique d'utilisation. L'entretien a permis de recueillir les opinions des participant-es et des propositions supplémentaires, dans un laps de temps réduit. La petite taille de l'échantillon limite les possibilités de généralisation à l'ensemble du personnel des EMS et CMS. L'objectif n'était toutefois pas de produire des résultats généralisables, mais de récolter des informations supplémentaires, afin d'alimenter les ateliers de discussion prévus dans la seconde phase du projet.

Lors des ateliers, il est prévu de présenter la liste des pistes d'action ci-dessus, avec l'évaluation de leur pertinence, ainsi que les suggestions supplémentaires amenées par les personnes interviewées. Les participant-es aux ateliers seront répartis en groupes hétérogènes (fonctions et établissements différents). La discussion sera organisée en plusieurs *rounds*, chacun dédié à l'une des questions suivantes :

1. Réactions par rapport aux pistes d'action ;
2. Expérience avec des mesures similaires déjà en place ;
3. Priorisation des pistes, en fonction de leur pertinence et de leur facilité de réalisation ;
4. Obstacles à lever ; ressources et acteurs à mobiliser pour concrétiser les idées prioritaires.

Le livrable final consistera en une synthèse des pistes, classées par priorité, avec des indications pour leur mise en œuvre.

REFERENCE

Genolet, A., Weissbrodt, R., & Fournier, C.-A. (2020). *Evaluation de l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins, à partir des perceptions du personnel soignant diplômé et en formation. Rapport au Service de protection des travailleurs et des relations du travail*. Haute école de santé Valais.

AUTEUR-TRICES

Sophie Carrard, M. Sc. physiothérapie, adjointe scientifique ; Audrey Genolet, M. Sc. sciences infirmières, maître d'enseignement ; Stéphanie Hannart, psychologue du sport FSP, adjointe scientifique ; Rafaël Weissbrodt, Dr en science politique, professeur associé ; Haute école de santé, HES-SO Valais-Wallis