



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie

Option : Sociologie de la Santé.

Thème :

L'impact de la charge de travail sur la qualité des soins

-Cas des Infirmiers Urgentistes du CHU de Bejaia-

Réalisé par :

MAOUCHE Sofiane

MEHDI Atmane.

Encadré par :

M'AMRANE Hacene.

Année universitaire : 2015/2016



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie

Option : Sociologie de la Santé.

Thème :

L'impact de la charge de travail sur la qualité des soins

-Cas des Infirmiers Urgentistes du CHU de Bejaia-

Réalisé par :

MAOUCHE Sofiane
MEHDI Atmane.

Encadré par :

M^r AMRANE Hacene.

Année universitaire : 2015/2016

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Dieu de nous avoir donné du courage et de la détermination pour mener à terme ce travail.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à notre encadreur Monsieur:

AMRANE Hacene pour l'encadrement de ce travail, sa disponibilité, ses conseils et surtout ses critiques qui nous ont permis d'avancer dans nos recherches.

*On tien également à remercier le responsable de la spécialité le **Dr Abdel Halim BERRETIMA**.*

On tient à remercier tout particulièrement nos très chers parents pour leur soutien et leurs encouragements.

Un grand remerciement à tous les infirmiers des UMC du CHU Khellil Amrane, pour leur accueil et pour avoir dévoilé les raisons du plaisir qu'ils trouvaient dans leur travail et les Raisons de leur souffrance et de leurs inquiétudes.

Nous tenons à remercier l'ensemble des enseignants de la formation « sociologie de la santé » qui ne nous ont jamais épargné d'effort pour nous former, ainsi que tous les enseignants de la faculté SHS.

Merci aux étudiants de « sociologie de la santé » pour leur partage de connaissances, d'idées, de savoir, et pour leur soutien durant ce parcours.

DÉDICACES

*Je dédie ce travail qui est le fruit de plusieurs Années
d'études à :*

*Mes chers et respectueux parents en récompense à leurs
sacrifices et à leur clairvoyance qui m'ont servi et me
serviront tout au long de ma vie*

Mon cher frère et sœurs pour leur soutien.

Mon cher binôme « Atmane » et à toute sa famille.

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines.

*A Monsieur le Directeur Général du CHU de Bejaia
Abdelmalek DANOUNE*

A mon encadreur

Tous mes amis(es) spécialement Mr. HIOUNE Farés

*Tous les étudiants de la spécialité « Sociologie de la
Santé ».*

*Tous les enseignants de la faculté SHS qui ont participé
à ma*

*Formation durant mes cinq années du cursus
universitaire.*

Sofiane.

DÉDICACES

*Je dédie ce travail qui est le fruit de deux années
d'études à :*

*Mes chers et respectueux parents en récompense à leurs
sacrifices et à leur clairvoyance qui m'ont servi et me
serviront tout au long de ma vie*

*A ma chère femme, mon précieux fils AHMED BADIS,
mes beaux parents.*

*A Monsieur le Directeur Général du CHU de Bejaia
Abdelmalek DANOUNE qui ma accordé la poursuite de
la formation,*

Mes chers frères et sœurs pour leurs soutiens.

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines.

A Mon cher binôme « Sofiane » et à toute sa famille.

Tous mes amis(es)

*Tous les étudiants de la spécialité « Sociologie de la
Santé ».*

*Tous les enseignants de la faculté SHS qui ont participé
à ma formation durant mes deux années de Master.*

Atmane.

Liste des Abréviations :

CHUB : Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia.

UMC: Urgences Médico-Chirurgicales.

IU: Infirmier Urgentiste.

IB: Infirmier Breveté.

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat.

ISP: Infirmier de Santé Publique.

ISSP : Infirmier Spécialisé de Santé Publique.

IMSP : Infirmier Major de Santé Publique.

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

CII : Comité International des Infirmiers.

AIIC : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada.

SELF : Société d'Ergonomie de Langue Française.

FCSII : Fédération Canadienne des Syndicats d'Infirmières et Infirmiers.

EPH : Etablissement Publique Hospitalier.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

ANACT : Agence National pour l'Amélioration des Conditions du Travail.

DRH : Direction des Ressources Humaines.

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
01	Services Médicaux de l'unité hospitalière Khellil Amrane	54
02	Service des UMC de l'unité hospitalière Khellil Amrane	55
03	Caractéristiques de la population d'enquête	56
04	Les tâches prescrites des IU	59
05	Description des services des UMC	62
06	Bilan d'activité exercice premier semestre 2015	76

Sommaire

Introduction.....	01
-------------------	----

PREMIERE PARTIE

PARTIE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE :

CHAPITRE I : Problématisation de l'objet.

Introduction	
I-1- Raisons du choix de thème.....	06
I-2-Objectifs de la recherche.....	06
I-3-Les études antérieures.....	07
I-4-La problématique.....	10
I-5-Les hypothèses.....	14
I-6-Définition des concepts.....	16
Conclusion	

CHAPITRE II : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Introduction	
II-1-L'ergonomie.....	22
II-2-Conditions de travail.....	26
II-3-Charge de travail.....	29
II-4-Charge physique.....	30
II-5-Charge Mentale.....	31
II-6-La performance du travail infirmier.....	33
Conclusion	

CHAPITRE III : Travail infirmier, épuisement professionnel et qualité des soins :

Introduction	
III-1-Diagnostic de l'infirmier	37
III-2-Gestion des soins de l'infirmier.....	37
III-3-Gestion des dossiers des patients.....	38
III-4-Gestion de la relation soignant/soigné.....	40
III-5-Critères de la qualité des soins	45
Conclusion	

CHAPITRE IV: Méthodologie de recherche.

Introduction	
IV-1-Présentation de l'organisme d'accueil.....	52
IV-2-La population mère.....	55
IV-3-La population d'enquêté.....	56
IV-4-Les caractéristiques de la population enquêtée.....	56
IV-5-Echantillonnage.....	57
IV-6- La pré-enquête.....	57
IV-7- La méthode appliquée.....	64
IV-8- La technique.....	65
IV-9- Déroulement des entretiens.....	67
IV-10- Les difficultés rencontrées	67
Conclusion	

DEUXIEME PARTIE

PARTIE PRATIQUE :

ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

<u>CHAPITRE V</u> : La charge de travail et qualité de soins aux UMC	72
---	----

<u>CHAPITRE VI</u> : Charge de travail, organisation de soins et relation soignant soigné aux UMC	86
--	----

<u>CHAPITRE VII</u> : Vérification des hypothèses.....	97
---	----

Conclusion	100
-------------------------	-----

Bibliographie

Annexes.

Introduction

Introduction :

L'activité professionnelle quelque soit sa nature ne peut être dissociée des contraintes et des exigences que le travailleur est soumis à longueur de la journée, le monde du travail est semé de risques et d'embûches qui rend la plupart du temps les conditions de l'exercice professionnel insupportable.

Le secteur de la santé est encore plus menaçant tant sur la vie des malades que sur le personnel soignant. Une structure exigüe, des services qui ne répondent n'est pas normalisée, une population massive qui envahis les couloires des hôpitaux, des praticiens de santé dépassés par leur travail à cause d'une charge qui alourdit le fonctionnement des services. L'intensification des tâches, les volumes horaires dépassant la norme prescrite et ambigüité des rôles due au manque du personnel, nuit au bon déroulement des soins de qualité.

*« En plus de la charge de travail qui incombe aux travailleurs augmente, les cas s'alourdissent, les tâches et les rôles deviennent plus ambigües et l'organisation de l'horaire se complexifie ».*¹

Plusieurs catégories de praticiens de santé sont confrontées à cette charge, à l'instar des médecins, des assistants(es) sociaux...etc. Les infirmiers Urgentistes du CHU de Bejaia sont encore plus exposés à cette charge. Cette frange de personnel subit une cadence de travail et une pression très élevée engendrée par le recours massif des patients à cet établissement de santé qui ne peut plus les satisfaire dans leurs globalité .Ajoutez à cela que le dit établissement est habilité à être un EPH au lieu d'un CHU vu que son architecture interne et externe est conçue pour qu'il soit un Etablissement Public Hospitalier ; et si on se rapproche un peu du comportement des usagers qui préfèrent les urgences du CHU même pour des soins de base sans gravité.

¹ Guilheme Perodeau et Denys Coté, *Le virage ambulatoire : Défis et Enjeux*, édition PUQ, Québec, 2002, p.64.

Cela accentue et augmente la surcharge de l'établissement en nombre de malades déjà fragilisés par le manque du personnel infirmier.

Toutes ces situations mettent en péril le bien être et la santé des infirmiers qui se trouvent dans un état lamentable de fatigue et de nuisance physique et morale, cet état entraîne des séquelles sur la prise en charge des patients.

Notre étude menée sur l'impact de la charge de travail infirmiers Urgentistes sur la qualité des soins prodiguées aux patients, cas du CHU de Bejaia, nous permettra de comprendre les différents facteurs influant sur cette qualité de soins.

Notre travail se compose alors de deux parties complémentaires :

Une partie théorique et méthodologique et une partie pratique.

- La partie théorique et méthodologique se compose de quatre chapitres :

-Le premier chapitre traite la problématisation de l'objet qui englobe les raisons et les objectifs du choix du thème, les études antérieures, la problématique, les hypothèses et la définition des concepts.

-Le deuxième chapitre présentera la description de la charge de travail et performance du travail infirmier.

-Le troisième chapitre porte sur le travail infirmier et qualité de soins.

-Le quatrième chapitre contient la méthodologie de recherche qui abordera Présentation de l'organisme d'accueil, la population mère, La population d'enquête, les caractéristiques de la population enquêtée, Echantillonnage, la pré-enquête, la méthode appliquée, la technique, déroulement des entretiens, les difficultés rencontrées.

- La partie pratique, analyse et interprétation des résultats, se compose de trois volets, à savoir ;

-Le premier chapitre porte sur l'analyse de la charge de travail chez les Infirmiers Urgentistes du service des UMC du CHU de Bejaia.

-Le deuxième chapitre contient l'analyse de la Charge de travail, organisation de soins et relation soignant-soigné.

-Le troisième chapitre présentera la vérification des hypothèses.

Partie Théorique et Méthodologique

Chapitre I

Problématisation de l'objet

Introduction :

Dans toute recherche scientifique, le point le plus important pour les chercheurs est celui de savoir comment bien commencer son travail. Ce premier chapitre sera consacré au cadre théorique de notre recherche; dans lequel nous essayons en premier lieu, de montrer et clarifier les raisons et les objectifs du choix de notre thème. Ensuite, nous allons présenter les études antérieures, la problématique et les hypothèses. Enfin, nous définirons les concepts essentiels en rapport avec notre thème.

I-1- Raisons de choix du thème :

Lors de notre stage pratique effectué au niveau des Urgences Médico-chirurgicales de l'unité hospitalière Khellil Amrane du CHU de Bejaia, nous sommes rendu compte du rôle capital joué par les Infirmiers Urgentistes dans la prise en charge des patients. La mission allouée à cette frange de professionnels de santé nous paraît tellement pénible et les souffrances quotidiennes sont indiquées en exerçant leur travail.

Pour essayer de rendre hommage à ces acteurs de l'avant-garde qui sauvent des vies et qui conjuguent tous leurs efforts pour alléger la souffrance des autres en accentuant leurs souffrances propres, nous avons décidé de mener une étude qui dévoile la réalité dont ils font face.

Egalement, dans l'intérêt de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et des problèmes qui y sont relatifs, que nous avons voulu approcher cet aspect et finalement de proposer des solutions en vue d'améliorer le cadre de vie non seulement du malade mais aussi du personnel infirmier.

I-2-Objectifs de la recherche :

La charge de travail est souvent sous-estimée par les institutions sanitaires notamment en Algérie, cela malgré les séquelles néfastes engendrées sur le plan physique, mental et psychologique de l'individu.

Aujourd'hui, on trouve qu'il est temps de changer la réflexion sur cet aspect pour garantir le bien-être socioprofessionnel des travailleurs.

Notre objet de recherche tourne autour d'un certain nombre d'objectifs à savoir ;

- Montrer l'importance de donner autant d'intérêts sur la charge de travail afin d'aboutir à une production meilleure qui garantira des soins performants et de qualité en préservant la santé des travailleurs;
- Dévoiler la réalité vécue par les professionnels de santé au milieu de leur travail ;
- Mettre en pratique nos connaissances théoriques.
- Cerner les déterminants qui affectent les soins de qualité,
- Expliquer le rapport entre la charge de travail et la qualité des soins.

I-3-Les études antérieures :

Dans ce chapitre, nous allons tenter de mettre en lumière quelques travaux de recherche réalisés précédemment et qui sont en relation avec notre thème. Nous avons compté un nombre considérable de travaux qui illustrent la charge de travail et son impact sur la qualité des soins.

I-3-1- Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité et le rendement des soins (cas de l'hôpital Heal Africa à Goma)¹

L'étude a été effectuée au Congo à l'hôpital de HEAL AFRICA dans la ville de Goma au nord de Kivu, par Emanuel KULIMUCHI KARUM en 2010, sur les Infirmiers au sein des services de médecine interne, pédiatrie-néonatalogie, urgence, chirurgie générale et orthopédique, cascade, réception, salle d'opération, santé communautaire, et service de fistule vesico-vaginale.

¹ Emmanuel KULIMUSHI KARUME, *Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité et le rendement des soins* (cas de l'hôpital Heal Africa à Goma, Institut supérieur d'informatique et de gestion de Goma, 2010, disponible sur : http://www.memoireonline.com/04/12/5667/m_Impact-de-la-surcharge-du-travail-de-linfirmier-sur-la-qualite-et-le-rendement-des-soins-cas-de33.html, consulté le 12/02/2016.

L'enquête décrit l'impact de la surcharge de travail infirmier sur la qualité des soins, le recueil des données vise d'approfondir les pratiques professionnelles et l'état de la prise en charge des patients.

La présence d'une surcharge de travail dans certains services à l'hôpital tertiaire Heal Africa a été constatée et son impact néfaste sur la qualité des soins est remarquable.

Par ailleurs, il a été constaté qu'il ya un nombre inférieure d'infirmiers par rapport à celui des malades, ce qui se répercute négativement sur la qualité des soins étant donné que ces derniers ne peuvent pas s'occuper de l'accueil, communication, éducation, horaires de traitement en même temps.

Les principaux résultats de cette étude montrent qu'il ya :

- Absence de l'application du diagnostic infirmier.
- Mauvaise surveillance des malades.
- Erreurs de médication, une absence de l'asepsie pendant le déroulement des soins et la non réalisation des soins d'hygiène des patients par les infirmiers, de ce fait, il ya altération de la communication entre le soignant et le soigné ce qui engendre une certaine méfiance vis à vis des deux protagonistes.

Autrement dit, la plupart des infirmiers ne sont pas satisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent aux malades, étant conscients des effets négatifs de la surcharge sur les soignés.

I-3-2- Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne (Hôpital Chorfa)²

Cette recherche a été menée en Algérie à l'hôpital de Chorfa à Chlef par Mr.SAFI Kawther et M^{elle} KHELIF Houria sur l'impact de la surcharge de travail infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne, en 2006/2009.

² KHELIF Houria et SAFI Kawther, *Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne (Hôpital Chorfa)*, Ecole de Formation de Chettia-Chlef, 2009, disponible sur : http://www.memoireonline.com/07/09/2417/m_Limpact-de-la-surcharge-du-travail-infirmier-sur-la-quaite-des-soins2.html; consulté le 12/02/2016.

L'étude portait sur un échantillon de 14 infirmiers, 01 infirmier chef de service, 01 infirmier responsable de la pharmacie et 12 infirmiers responsables de soins, dont 11 infirmiers diplômés d'état et 01 infirmier breveté.

La technique utilisée est un questionnaire dont les résultats ont révèlés que : le personnel infirmier ne participe plus au diagnostic des malades, ne réalise plus une surveillance adéquate qui mène à l'apparition des complications aggravées de l'état de malade, la fréquence des erreurs de médicalisation qui met en danger la sécurité des malades, l'absence de l'asepsie pendant le déroulement des soins et l'hygiène des malades qui jouent un rôle clé dans le pronostic vitale des patients en favorisant des complications graves, et aussi une altération de la communication et du coté relationnel entre soignant et soigné.

A travers ces études antérieures, sur l'impact de la surcharge de travail sur la qualité des soins infirmiers, nous avons déduit que les deux recherches ont décelées un certain dérèglement à cause de la charge exercée sur le personnel soignant sur la qualité des soins dispensées aux malades, de ce fait, la multiplication des tâches et la négligence du facteur humain dans le travail a conduit à l'altération de la qualité de service des soins, et de la relation soignant-soigné.

Donc à partir de ces études, nous avons initié notre recherche et constaté que l'effet de la surcharge de travail et la multiplication des tâches peuvent générer des effets négatifs vis-à-vis du personnel infirmier, qui va se répercuter sur la prise en charge du malade, à cause du stress, l'épuisement, une organisation aléatoire des services de santé et le flux important des usagers que l'infirmier ne peut contrôler surtout si le nombre de ces derniers est réduit.

I-4-Problématique :

Le domaine de la santé est aujourd'hui marqué par des évolutions complexes et parfois contradictoires. D'une part, le développement d'une médecine toujours plus technicisée et spécialisée soumise à des contraintes économiques importantes et à des normes de soins toujours plus exigeantes, conduit à réduire la place accordée à la clinique individualisée.

D'autres part, l'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, les associations du patient et le développement des maladies chroniques et des problèmes liés à la prise en charge de la vieillesse et du handicap, devraient contribuer à mettre au premier plan l'exigence d'une prise en compte de la subjectivité des patients et accorder une place centrale non plus simplement à la dimension thérapeutique et technique de la médecine, mais à la dimension des soins dans toutes ses acceptations.³

Les conditions de travail font partie des préoccupations de tous les établissements et organisations, elles jouent un rôle capital dans l'accomplissement des tâches conditionnées par le bien-être des travailleurs.

« Plusieurs disciplines sont concernées par les relations entre le travail et la santé, parmi lesquelles nous pouvons citer, l'ergonomie, la médecine du travail, la prévention des risques, la toxicologie, la psycho dynamique, l'épidémiologie et la santé publique, mais aussi la sociologie, voire l'économie de la santé. »⁴

Pour Gollac Michel précise « L'intensification du travail empêche les travailleurs de construire un compromis entre les objectifs de la production, leurs compétences et la préservation de leur santé. »⁵

³ Claire Compagnon et Thomas Sannie, *l'hôpital un monde sans pitié*, édition L'éditeur, 2012, p29, 30.

⁴ Dopper Françoise, *Travail et Santé*, sous direction de Pierre FALZON, Ergonomie, 1^{ère} édition, presse universitaire de France, Paris 2004, P 69.

⁵ GOLLAC Michel, 2001 cité par CARRICABURU Danielle et Marie MENORE, *Sociologie de la Santé*, édition Armand, paris 2004, p 156.

L'ergonomie est parmi les disciplines intéressées par la santé et charge au travail. « *L'ergonomie est une des contributions majeurs concernant la santé au travail. Le diagnostic économique peut être caractérisé comme une activité de conception.* »⁶

En effet, elle distingue deux notions principales, à savoir, la contrainte et l'astreinte. La contrainte (ou le niveau d'exigence) est définie par la tâche et formulée en termes d'objectifs à atteindre, des résultats attendus, de qualité à obtenir,...etc. Pour une tâche donnée, la contrainte peut varier d'un moment à un autre, du fait de la fluctuation des exigences instantanées, tandis que, l'astreinte est définie en référence à l'activité. Elle est en fonction de degré de mobilisation (physique, cognitive, psychique) de l'opérateur. Le terme de charge sera ici réservé à l'astreinte.⁷

Les établissements de santé sont caractérisés par une activité continue et intense. L'hôpital est censé d'offrir des prestations de soins jour et nuit pour répondre aux besoins des usagers.

Les Urgences Médico Chirurgicales (UMC) se trouvent à l'avant-garde dans le processus général de la chaîne de soins. « *Un service d'urgences, c'est l'image, la vitrine de l'hôpital.* »⁸

« *Les professionnels de la santé tentent de répondre au mieux aux besoins de la population en garantissant sa sécurité et une qualité optimale des soins.* »⁹

Les Infirmiers Urgentistes sont l'un des acteurs impliqués fortement dans la prise en charge des patients.

⁶ Dopper Françoise, Ibid, P 81.

⁷ Ergonomie, pierre FALZON, 2004, op-cit, p 178.

⁸ Claire Compagnon et Thomas Sannie, Op-cit, p 165.

⁹ Ibid, p. 23.

En Algérie, les missions des cinq grades des infirmiers sont bien déterminées par la réglementation en vigueur qui figure sur le statut particulier des paramédicaux.¹⁰

Dans l'article 39, les infirmiers brevetés sont chargés, notamment, d'exécuter les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l'hygiène, à l'entretien et au rangement du matériel. L'article 40 révèle que les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés d'exécuter les prescriptions et les soins polyvalents. A ce titre, ils sont chargés, notamment : de participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ; de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle ; de participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.

Outre, les infirmiers de santé publique sont chargés, notamment : de participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mentale des personnes, de réaliser des soins infirmiers relevant des tâches propres à leur mission, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d'extrême urgence sur la base de protocoles d'urgence écrits ; de contrôler, d'évaluer et de surveiller l'évolution de l'état de santé des patients ;

D'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient; d'accueillir et de suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires comme indiqué par l'article 41.

Dans l'article 42. Outre les tâches dévolues aux infirmiers de santé publique, les infirmiers spécialisés de santé publique sont chargés, en fonction de leurs spécialités, notamment : d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification, notamment les soins complexes et spécialisés ;

¹⁰ Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique.

de participer à la formation des paramédicaux. La liste des spécialités citées ci-dessus est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Enfin l'article 43 indique qu' outre les tâches dévolues aux infirmiers spécialisés de santé publique, les infirmiers majors de santé publique sont chargés, notamment : d'élaborer et de réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service ; de programmer les activités de l'équipe de l'unité ; d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de soins ; de contrôler la qualité et la sécurité des soins et les activités paramédicales ; d'assurer la gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales ; d'accueillir et d'organiser l'encadrement des personnels des étudiants et des stagiaires affectés au service.

Toutes ces tâches d'évoluées aux infirmiers peuvent constituer une charge importante si on ne prend pas en considération les facteurs physiologiques et psychologique du paramédicale. De ce fait, pour que l'infirmier mène à bien les responsabilités qui lui sont attribuées tel qu'elles sont abordées ci dessus, le personnel infirmier doit user de son habilité et ses connaissances théoriques que pratiques dans le but de dispenser des soins de bonne qualité.

Mais cette qualité peut se voir être déformée par de lourdes tâches dont l'infirmier est appelé à remplir durant sa journée de travail, à ne pas oublier des conditions de travail quelquefois difficiles pour lui (manque de matériel suffisant, mauvaise organisation de service, nombre de personnel insuffisant, nombre des patients élevé, ...etc.).

Lors de notre pré-enquête nos observations préliminaires du terrain d'étude et nos entretiens exploratoires, nous révèlent que le milieu des urgences UMC de Bejaia présente des activités sans arrêt de prendre en charge un nombre important des malades quotidiennement. Les observations montrent que le personnel paramédical est soumis à une importante charge de travail.

Le manque du personnel leur impose d'exécuter des tâches multiples à la fois et s'occupent plus d'un malade en même temps, les salles des patients ne peuvent plus contenir les malades et leur proches pour permettre aux infirmiers de réaliser leur travail dans les meilleures conditions.

Ces multiples tâches et ces conditions de travail difficiles peuvent amener le personnel infirmier à ne pas mener à bout ses responsabilités dont le résultat sera probablement la mauvaise qualité des soins prodigués aux patients.

Outre les multiples conséquences du stress qu'elle occasionne, cette surcharge peut entraîner une augmentation du nombre d'erreurs, d'omissions ou une baisse de la performance.

Laurent munilla affirme que « *Si les répercussions de la charge mentale à long terme sur la santé sont difficiles à appréhender, les conséquences des conditions et de la charge physique sont, non seulement plus évidentes, mais aussi l'objet d'évolutions législatives récentes.* »¹¹

Dans ce contexte, nous avons formulé les questions suivantes : Quel est l'impact de la charge du travail sur la qualité des soins infirmiers aux services des Urgences Médico-chirurgicales du CHU de Bejaia ?

- Existe-t-il une charge de travail dans le service des UMC du CHU de Bejaia ?
- La charge de travail a-t-elle un impact sur l'organisation des soins infirmiers au service des UMC du CHU de Bejaia ?
- La charge de travail a-t-elle un impact sur la relation soignant soigné ?

I-5-Les hypothèses :

La première démarche d'opérationnalisation consiste à émettre un énoncé, sous forme d'une hypothèse. Elle est formulée en vue d'une vérification empirique afin de connaître la conformité de la prédiction avec la réalité.

¹¹ Laurent MUNILLA Consultant-Formateur, *Charge de travail : pénibilité physique et pénibilité mentale*, disponible sur : <http://www.editions-tissot.fr>, consultée le 20/02/2016,

Notre enquête a été précédée par plusieurs lectures de quelques enquêtes et recherches portant sur l'impact de la surcharge de travail sur la qualité des soins infirmiers. En outre, pour répondre provisoirement à nos questionnements relatifs au thème recherché et en vue d'une vérification empirique, nous sommes amenés à formuler un ensemble d'hypothèses.

Selon Quivy Raymond, « *Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts, ou des phénomènes. Une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée* ». ¹²

Notre pré-enquête nous a permis de déduire quelques indicateurs portant des éléments de réponse à notre problématique. Ces derniers, ont contribué à la formulation de trois hypothèses à savoir ;

Hypothèse N° 01 :

- Les Infirmiers Urgentistes de service des UMC du CHU de Bejaia sont confrontés à une charge de travail importante.

Dans tout établissement de santé, la présence de la charge de travail peut influencer sur la santé du personnel soignant et sa qualité de rendement. Le service des UMC du CHU de Bejaia présente une charge intense, à cause du flux de patients qui s'accumule à chaque instant due au manque du personnel infirmier.

Hypothèse N° 02 :

- La charge de travail empêche les infirmiers d'appliquer le diagnostic prescrit et de respecter le protocole de soins.

L'exécution des prescriptions médicales sont difficiles à réaliser par le personnel infirmier. D'une part, à cause de la pression engendrée par la multiplication des tâches. D'autre part, en raison de l'espace restreint des UMC qui ne peut pas contenir tous les malades.

¹² Raymond Quivy et, al, *manuel de recherche en sciences sociales*, 1^{ère} édition, Dunod, paris, 1998, p 129.

Hypothèse N° 03 :

- Le cumul des tâches des paramédicaux provoque une altération de la communication entre le soignant et le soigné.

Le caractère intensif de la charge de travail a pour conséquence la détérioration de la relation entre le malade et l'infirmier. La négligence de certains infirmiers à l'aspect de la communication, aussi, le personnel infirmier est dépassée, il ne trouve plus le temps de discuter avec les malades.

I-6-Définition des concepts :**I-6-1- La charge de travail :**

*« L'intensification du travail empêche les travailleurs de construire un compromis entre les objectifs de la production, leurs compétences et la préservation de leur santé, ils doivent en effet travailler de façon plus rapide mais non plus adaptée à leurs spécificités personnelles, ils ne peuvent faire varier leurs façon de procéder pour limiter l'assure physique ».*¹³

Le schéma classique en ergonomie distingue en entrée la tâche et ses exigences, d'une part, et l'état de l'opérateur, d'autre part, et en sortie un niveau de performance, et des conséquences pour l'opérateur.

En suivant ce modèle général, on distinguera la contrainte et l'astreinte : ¹⁴

-La contrainte (ou le niveau d'exigence) est définie par la tâche, et est formulée en termes d'objectifs à atteindre, des résultats attendus, de qualité à obtenir,...etc. Pour une tâche donnée, la contrainte peut varier d'un moment à un autre, du fait de la fluctuation des exigences instantanées ;

-L'astreinte est définie en référence à l'activité. Elle est en fonction de degré de mobilisation (physique, cognitive, psychique) de l'opérateur. Le terme de charge sera ici réservé à l'astreinte.¹⁵

¹³ GOLLAC Michel, 2001 cité par CARRICABURU Danielle et Marie MENORE, *Sociologie de la Santé*, édition Armand, paris 2004, p 156.

¹⁴ Dopfer Françoise, Op-cit, p.177.

-*Charge et fatigue*, la fatigue est la conséquence de l'astreinte. Elle est un état consécutif à un travail réalisé sous certaines conditions (C'est-à-dire une certaine contrainte), objectivable par des symptômes, et induisant une perte temporaire de et réversible d'efficience. C'est cette réversibilité (au moins à court terme) qui définit la fatigue. Une perte non temporaire, non réversible serait une atteinte à la santé, une invalidité définitive.¹⁶

I-6-2-L'infirmier(e) :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« Le terme infirmier doit être appliqué aux seules personnes qui dans un pays sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, les connaissances techniques, et le sens des responsabilités »¹⁷

L'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) a approuvée en 1980 un document préparé par le groupe du travail chargé d'élaborer une définition de la pratique infirmière et les normes qui s'y rapportent.

Cette définition révisée en 1987, est la suivante :

« D'une façon générale, on peut définir la pratique infirmière comme une relation d'aide et de soins dynamiques dans laquelle l'infirmière aide le client à obtenir et maintenir le meilleur état de santé possible. Pour parvenir à cette fin, l'infirmière applique au processus infirmier des connaissances et des compétences caractérisant sa profession et des domaines assimilés, processus dont la nature est déterminée par un ou des modèles conceptuels ».

La définition de l'AIIC a l'avantage de mettre en évidence les principaux volets de l'exercice de la profession. La loi sur les infirmières et infirmiers promulguée au Québec en 1974,

¹⁵ Ibid, p.178.

¹⁶ Ergonomie, pierre FALZON, Op.cit, p. 178.

¹⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), disponible sur : <http://www.who.int/fr>, consulté le 02/03/2016.

précise les éléments de la définition de l'exercice de la profession :

« *Constitue l'exercice de la profession infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostique, de prodiguer de contrôler les soins infirmiers que requière la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale* ». ¹⁸

D'après le conseil international des infirmiers de 1956, celui qui ayant suivis un enseignement de base¹⁹, est apte et habileté à assurer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers, que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades »²⁰.

Dans la réglementation Algérienne l'exercice des professions de santé en l'occurrence les paramédicaux est subordonné aux conditions suivantes :

- être de nationalité algérienne ;
- être titulaire d'un diplôme algérien requis ou d'un titre reconnu équivalent.

Les conditions d'emploi des professionnels de santé de nationalité étrangère sont fixées par voie réglementaire.²¹

I-6-4-La qualité des soins :

L'OMS, définit la qualité des soins comme :

« *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande*

¹⁸ Suzanne.C.O'Connell Smelter,Brenda Bare, *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie :Brunner Suddarth_* Volume 01, Edition renouveau pédagogique, Québec, 1994,p.156.

¹⁹ Conseil international des infirmiers (1965).Rapport spécial et rapport des commissions présentes au conseil d'administration du grand conseil CII. Francfort, Juin (1965), disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39937/1/WHO_TRS_347_fre.pdf, consulté le 02/03/2016.

²⁰ Répertoire mondial des établissements d'enseignements infirmier supérieur (1965). Genève, organisation mondiale de la santé, p.09, disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO_TRS_533_fre.pdf, consulté le 02/03/16.

²¹ Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique.

satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »²²

La notion de qualité de soin est ambiguë. Elle a tout d'abord été circonscrite à l'aspect médical sans qu'en parvienne à en définir clairement les critères. Elle s'est progressivement marquée, elle aussi du sceau de la complexité. La qualité des soins n'est perçue comme telle que si ceux-ci sont prodigués dans des conditions de confort satisfaisant, à l'aide d'instruments dont la fiabilité puisse être garantie. De plus elle est subordonnée aux possibilités de financement des soins. La situation s'est encore compliquée par l'avènement de ce que l'on peut appeler la qualité prospective des soins.²³

Si on se réfère aux malades et aux médecins, la qualité des soins ne se résume pas aux résultats objectifs qu'ils permettraient d'obtenir sur l'évolution de la maladie. Ils adjoignent cette qualité proprement médicale des soins une *qualité ergonomique* qui a trait au confort. Elle rend compte des efforts faits pour « humaniser » les soins. Le premier effort de ces étapes se traduit par la disposition des plantes vertes dans les hôpitaux, placée là trop souvent pour pallier la vétusté des locaux. Elle n'est toute fois que le prélude à la recherche d'une humanité plus vivante, faite de la qualité des rapports entre le personnel médical et infirmier d'une part, le malade d'autre part. La qualité de leurs relations dépend souvent des conditions de travail réservées aux personnels.

Des locaux trop exigus, des équipements mal adaptés mais surtout une densité insuffisante de personnels sont autant des facteurs qui retentissent fâcheusement sur cette qualité ergonomique des soins.

Si la qualité des soins est pour le personnel médical et aux infirmiers primordiale, l'expérience montre que les malades ne savent pas toujours discerner lesquelles de ces deux qualités médicale ou ergonomique, est la plus importante à leurs yeux.

²²<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>, Consulté le 06/30/2016.

²³ Jean Luis Funck-Brentano, *Le grand chambardement de la médecine*, Editions Odile Jacob, paris, 1990, p.173.

A ces deux qualités s'en ajoute aujourd'hui une troisième : 'la qualité des soins préventifs'.D'aucune pourraient considérer qu'il ne s'agit pas des soins authentiques, puisqu'ils sont faits pour prévenir la maladie donc pour éviter qu'il y'est à prodiguer des soins.²⁴

La qualité de soins « ...*dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel de jusqu'à la qualité globale du système de santé, mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé* ». ²⁵

Conclusion :

À travers ce chapitre, nous avons mis en lumière les raisons et les objectifs du choix de notre thème pour cerner l'objet de notre enquête à propos de l'impact de la charge de travail sur la qualité des soins infirmiers.

²⁴ Ibid, p.p.174.175.

²⁵ Claire Compagnon et Thomas Sannie, Op-cit, p.23.

Chapitre II

Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Introduction :

Dans ce chapitre, nous allons éclairer quelques notions relatives à notre objet d'étude de manière à cerner et comprendre les concepts utiles de notre recherche, ce présent chapitre tourne autour de la description de l'ergonomie, les conditions de travail, la charge de travail à savoir, la charge physique et psychologique, enfin la performance du travail infirmier. La compréhension de ces notions nous permettra d'approfondir encore plus dans notre travail de recherche.

II-1-L'ergonomie :

L'origine du terme ergonomie vient du grec *ergon* (travail) et *nomos* (loi), il a été utilisé pour la première fois avec son plein sens en 1949 par K.F.H Murell, ingénieure et psychologue gallois, en fait, des recherches ultérieures ont permis de qu'un ingénieur polonais, du nom de Wojcieh (Adalbert) Jasterzebowski, l'avait déjà utilisé dans un *précis d'ergonomie ou de la science du travail* (1857), pour évoquer les rapports de l'homme au travail avec son environnement. On retrouve ce même terme l'année suivante dans des écrits restés longtemps confidentiels, d'un économiste. J.Courselle-Seneuil (1833/1983).

Le terme voisin *ergologie* (logos : discours) avait été proposé dès 1930 aux psychotechniciens par le D^r Paul Sollier, de Bruxelles créateur avec J.M Lahy Paris et J.P Arend (Luxembourg) de *l'éphémère revue de la science du travail*, terme désignant justement la science du travail humain. A cette époque l'ergologie est considérée comme multi disciplinaire relevant « *de la physiologie et de la psychologie principalement, de la médecine et de l'hygiène, de la technologie et de l'éthique et de la sociologie* ». Le terme d'ergologie a été détrôné par celui d'ergonomie, ne subsistant que dans l'intitulé de l'institut

d'ergologie de Bruxelles et dans le titre de la revue japonaise de langue anglaise *Ergologie*.

Cinquante ans après la création de l'Ergonomics Research Society, l'ergonomie est largement enseignée dans les universités, fait l'objet de recherches dans des laboratoires, débouche sur une pratique de terrain, et réunis dans des colloques les acteurs concernées. La longue période de 200 ans qui a précédé a été riche en observations, en pensées, en réflexions, pour mieux comprendre l'homme au travail, améliorer ses conditions de travail, préserver ses capacités physiques et sa santé, mais parfois aussi tenter d'en obtenir un rendement maximum. Elle a constitué une « Proto-ergonomie ».¹

L'ergonomie a été initialement défini par une formule lapidaire comme étant « l'adaptation du travail à l'homme » (Fitting the job to the workers). L'objectif proposé est de faire en sorte que le travail quelles que soient sa forme, et les qualifications de celui qui le réalise, soit acceptable par l'organisme humain, physiquement et psychologiquement, qu'il n'entraîne aucune fatigue excessive, qui ne soit pas insidieusement dégradant, qui ne précipite pas le vieillissement normale de l'organisme et que l'homme au travail puisse parcourir une vie professionnelle de quelques dizaines d'années sans problèmes graves.

Au moment de la création de la société d'ergonomie de langue française (SELF) en 1963, une définition plus explicite en trois points a été proposée par Simon Bouisset :

- L'ergonomie a pour but de contribuer à réduire, et si possible à prévenir, les effets nocifs des conditions de travail sur l'organisme.
- Pour ce faire, elle tend à chiffrer les répercussions physiologiques et psychologiques des activités professionnelles ;
- Par la connaissance des seuils admissibles pour les différents seuils de l'organisme, elle détermine les limites des conditions de travail.

¹ Hugh Monod, Bronislaw Kapitaniak, *Ergonomie*, 2^{ème} Edition, Masson, Paris, 1999.p.01

Cette définition avait le mérite de préciser très tôt la place de l'ergonomie, à côté d'autres disciplines susceptibles de jouer un rôle dans l'amélioration des conditions de travail, tel la médecine de travail ou les sciences de l'ingénieur. Elle posait aussi la prééminence de deux secteurs de connaissances dont elle était issue, la physiologie du travail et la psychologie du travail, disciplines devant être prises en compte dans une démarche expérimentale et même instrumentale. Elle différenciait les deux voies d'une action possible sur le terrain, suivant qu'elle envisageait des conditions de travail existantes (Ergonomie de correction) ou à venir (ergonomie de conception). Elle se déclarait enfin normative puisque fixant des seuils à ne pas dépasser.

Par la suite, le contenu de l'ergonomie a été présenté sous de formes différentes, qui laissent toutes leurs valeurs aux deux définitions initiales ci-dessus.

Pour Etienne Grandjean, physiologiste participant à la formation des ingénieurs au polytechnicum de Zurich : « *L'ergonomie est une science interdisciplinaire ; elle comprend la physiologie et la psychologie du travail, ainsi que l'anthropologie et la sociologie de l'homme au travail. Le but pratique de l'ergonomie est l'adaptation du poste de travail, des outils, des machines, des horaires et du milieu ambiant aux exigences de l'homme.*

La réalisation de ces buts au niveau industriel donne lieu à une facilitation du travail et à une augmentation de rendement du travail humain » (1968).

Au même moment, Maurice de Montmollin, psychologue considère que l'ergonomie est la « *technologie des communication dans les systèmes hommes-machines* ».

Quelques années plus tard (1972), Jacques Leplat, psychologue de travail, écrit que : « *L'ergonomie est une technologie, et non une science, dont l'objet est l'aménagement des systèmes hommes-machines, selon un certain nombre de*

critères, parmi lesquelles figure des critères qui concerne l'opérateur humain, par exemple, la sécurité, le confort, la satisfaction ».

De son côté Alain Wisner, neurophysiologiste de travail et ergonomiste, définit l'ergonomie comme : « *La mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisées avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité* ».²

On la considère aussi comme : « *... la technologie de l'aménagement des machines, des postes et des espaces de travail qui doit permettre de soutenir, dans des ambiances aussi confortables que possible, une charge de travail optimale et valorisante, en rapport avec les aptitudes physiologiques et psychologiques de chacun* ». On la considère aussi comme une « *Etude multidisciplinaire du travail humain qui tente d'en découvrir les lois pour en mieux formuler les règles. L'ergonomie (du mot anglais ergonomics, néologisme forgé en 1949 à partir du grec ergon, travail, et nomos, loi, règle) est donc connaissance et action ; la connaissance est scientifique et s'efforce de déboucher sur des modèles explicatifs généraux ; l'action vise à mieux adapter le travail aux travailleurs* »³

L'une des définitions officiels de l'ergonomie précise que : « l'ergonomie est l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail. Son objectif est d'élaborer, avec le concours des divers disciplines scientifiques qui la composent, un corps de connaissances qui dans une perspective d'application, doit aboutir à une meilleure adaptation à l'homme des moyens technologiques de production, et des lieux de travail et de vie ».⁴

² Ibid, p.02.

³ A. Dumont, *Santé sécurité au travail et fonctions publiques*, édition Masson, Paris 2001, p71.

⁴ IV^{ème} congrès international d'ergonomie de la SELF, 1969.

II-2-Conditions de travail :

A. Laville et C.Teiger, ergonomes, soulèvent le problème de l'aspect composite des conditions de travail en 1981 en liant le contenu qui leur est donné et le positionnement du l'interlocuteur. Ils écrivent : « *le terme conditions de travail ; les éléments qu'il recouvre sont très divers, il peut s'agir des conditions matérielles d'exécution du travail : espace de travail, charges physiques, mentales imposées, ambiance physique (bruit, chaleur ou froid, toxiques, poussières...) ; il peut s'agir des conditions temporelles dans lesquelles le travail doit être exécuté (cadence, durée et horaires de travail) ; mais on peut aussi y inclure certaines conditions de la vie hors travail : temps et moyens de transports, logement ; on peut aussi étendre les conditions de travail aux éléments faisant partie des relations professionnelles, aux qualifications, aux salaires... Suivant la discipline qui étudie les conditions de travail (ergonomie, sociologie, économie du travail), suivant la classe sociale et la fonction dans l'entreprise (direction, cadre, maîtrise, ouvriers), suivant l'intérêt qu'on défend (patronat, syndicat) le terme conditions de travail peut recouvrir des éléments différents* »⁵

Selon ces termes, on constate clairement que la notion de conditions de travail peut englober plusieurs éléments, il s'agit en premier lieu de « l'espace vitale » c'est-à-dire de travailler décemment, dans une atmosphère qui favorise et encourage le rendement professionnel des salariés et limite la frustration, l'épuisement des travailleurs accidents et maladies professionnels dues aux ambiances, sons, poussières...ect. En second lieu, il s'agit de « l'espace matériel » comme les équipements à dispositions du personnel, ameublement de

⁵ Antoine LAVILLE, Catherine TEIGER, *Ergonomie et économie du travail. Questions de méthodes*, Cahiers Irep/développement, Grenoble, 1982, n° 3, pp 40-41.

l'espace de travail mis en œuvre pour faciliter les tâches des salariés, le temps exigé pour l'exécution des activités.

En troisième lieu, « l'espace dans lequel l'individu est situé en interaction avec autrui, l'entourage et le climat dans lequel travaillent les gens et leurs relations avec leurs responsables hiérarchiques, collègues de travail. Les conditions de travail peuvent aussi s'associer aux modes hors de travail comme temps et moyens de transport, logement...ect.

II-2-Les conditions de travail génèrent des maladies :

Certaines conditions de travail peuvent provoquer des pathologies graves, surtout durant une exposition longue, cela comporte :

II-2-1-Les substances cancérigènes :

05% des cancers à cause de produits cancérigènes au travail :

- Poussières de bois (menuiserie) ;
- Industrie chimique et pharmaceutique (benzène, l'amiante).

II-2-2-Les agents biologiques :

Ils peuvent provoquer :

- Infection, allergie, intoxication (agroalimentaire, organisme de recherche) ;
- Le milieu de soin est le plus privilégié de l'exposition potentielle ;
- Les agriculteurs, les vétérinaires (contact avec les animaux) ;
- Elimination des déchets, nettoyage aux stations d'épuration en passant par le travail dans les égouts ;
- coiffeurs et dentistes.

II-2-3-Contraintes physiques :

- Vibration, port de charge lourde, mouvements douloureux ou fatigants, mouvements répétitifs, postures pénibles, déplacement, position debout prolongée ;
- La manutention manuelle (atteinte à la colonne vertébrale, hernie discales, sciatique.... Etc. ;
- TMS : répétition, intensification, temps ;
- Le bruit : est la cause de nombreuses maladies, le risque le plus évident est celui de troubles de l'audition, allant jusqu'à la surdité. Le bruit peut aussi entraîner des insomnies, de troubles digestifs, de la fatigue ;
- La pénibilité psychologique : épuisement professionnel, la fatigue.⁶

II-2-4-Les conditions temporelles :

Tout travail effectué de nuit ou posté, quelque soit sa nature, comporte des risques pour la santé du travailleur.

II-2-5-Le travail posté :

Les conséquences sur la santé, de même que sur la vie sociale, du travail de nuit.

Les effets principaux du travail posté sur le rythme circadien :

- le rythme d'alternance veille-sommeil ;
- de la fréquence cardiaque ;
- de la respiration, des fonctions endocriniennes qui portent sur les troubles digestifs, quantité et qualité du sommeil, qui sont des effets nocifs du travail posté.⁷

II-2-6-Le rythme de travail :

L'effet des cadences, dans le cas de travail à la chaîne en particulier. Non que ce type de tâche soit disparu ou que les cadences soient diminuées, mais parce qu'il

⁶ Michel Gollac et Serge Volkoff, *les conditions de travail*, Edition la Découverte, Paris, 2000, p.p.25.31.

⁷ Françoise Darses et Maurice de Montmollin, *l'ergonomie (une présentation très accessible et complète de l'ergonomie) le journal des psychologues*, 4^{ème} édition, édition la découverte, paris, 2006, p.68.

établi des effets négatifs sur l'organisme humain et sur la performance ; il est beaucoup moins pénible et plus efficace de pouvoir faire varier son rythme personnel tel que : les pauses, ralentir puis accélérer.....etc ⁸

II-3-Charge de travail :

Dans le langage courant, comme dans celui des ergonomes, l'expression « charge de travail » désigne aussi bien l'ensemble des tâches à réaliser.

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que l'usage de cette expression soit souvent ambigu.

Pour lever cette ambiguïté les ergonomes différencient la contrainte et l'astreinte (ce dernier mot étant pris dans un sens différent de celui utilisé dans certaines entreprises pour qualifier les permanences effectuées à domicile) :

II-3-1-La contrainte (ou le niveau d'exigence) : elle est définie par la **tâche**, et est formulée en termes d'objectifs à atteindre, de résultats attendus, de qualité à obtenir, etc. Pour une tâche donnée, la contrainte peut varier d'un moment à un autre, du fait de la fluctuation des exigences instantanées.

II-3-2-L'astreinte : elle est définie en référence à l'**activité**. Elle est fonction du degré de mobilisation (physique, cognitive, psychique) de l'opérateur.

- **Contrainte (ou : niveau d'exigence):**

- définie en référence à la **tâche**

- objectifs et contraintes

- **Astreinte:**

- définie en référence à l'**activité**

- degré de mobilisation (physique, cognitive) du sujet

Il est probable que, dans les prochaines années, il deviendra plus important de mesurer la charge que le temps, et que toute analyse des activités professionnelles devra commencer d'abord par la mesure de la charge de travail.

⁸ Ibid, p.69.

Cette mesure de la charge de travail doit prendre en compte trois types de charge, comme l'ont fait apparaître les études de l'ANACT,

(Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) :

-Charge prescrite : cette charge est prescrite par l'employeur soit directement par des objectifs de production ou indirectement par des objectifs de résultats, qui doivent pouvoir être réalisés dans le temps de travail contractuel. Sa mesure exige la connaissance de temps moyens par objet ou service produit et la définition d'une « Allure normale » de travail.

-Charge réelle : c'est celle qui est induite par l'activité réelle du salarié

-Charge ressentie : c'est celle qui est ressentie par le salarié

Plus les travaux sont abstraits, plus il est important de mesurer la charge ressentie car les charges prescrites et réelles sont très difficiles à mesurer.

Selon Monod & Kapitaniak ([1999], *"les conditions dans lesquelles l'homme est amené à travailler, volontier ou par force, constituent des contraintes, dont chacune représente un facteur de charge. [...] A ces contraintes (thermiques, posturales, musculaires, tendineuses, etc.), l'organisme humain répond par des astreintes, manifestations biologiques (accélération de la respiration, des battements du cœur, sudation, etc.) et psychophysiologiques (troubles perceptifs ou cognitifs), qui témoignent des effets du travail.*

La charge de travail est vue par l'ergonome à travers les réactions engendrées par ce *travail*".⁹

II-4-Charge physique :

La charge de travail physique peut être définie comme la somme des contraintes physiologiques auxquelles les opérateurs doivent faire face. Concrètement, elle est déterminée par les contraintes situées :

⁹ Dr Rachid CHAÏT, *définition de l'ergonomie notion de contrainte et d'astreinte. Tâche et activité*, faculté de reims, 2006, disponible sur : medtrav54.free.fr/Dijon_09_06/Reims/def_ergo.ppt, consulté le 05/04/2016.

II-4-1-Au niveau de la tâche :

-Les postures à adopter (debout, assis, légèrement penchée, accroupi,) ; Les efforts à fournir (exemple : pousser un chariot) ; Les manutentions à effectuer ; Les manipulations ; Les sollicitations des membres supérieurs ; Les déplacements à effectuer (ex : montée descente pour un conducteur de charuit automoteur).

II-4-2-Au niveau des conditions de réalisation de la tâche :

Nous citerons notamment : les horaires de travail (les horaires de nuit augmentent par exemple la fatigue et rendent plus pénible les activités physiques) ; Les ambiances thermiques chaudes (qui augmentent le rythme cardiaque, engendrant une fatigue plus importante pour les activités physiques) Les temps de récupération possible.¹⁰

II-5-Charge Mentale :

Robert Karasek définit la charge mentale « Comme étant la charge de l'ensemble des informations que le travailleur doit appréhender et interpréter, pendant qu'il effectue les tâches affectant à son emploi (Sanders et Mac cornick, 1993, Wickens, 1984), ou encore selon le même auteur : « Il ya surcharge et stress lorsque les informations à traiter dépassent les capacités de traitement des individus ». ¹¹

Ces passages montrent clairement que la surcharge mentale est due à une accumulation excessive des informations que le travailleur doit traiter dans une limite de temps de ce fait, cela peut engendrer une certaine tension psychologique qui générera stress au travail.

Le travail mental ne s'oppose pas à celui physique, auquel il est intimement lié, le travail mental concerne tous les aspects de travail humain qui impliquent un

¹⁰<http://www.envidura.com/index.php/ergonomie/la-charge-physique-et-mentale>, consulté le 19/20/2016.

¹¹ Robert Karasek, *Encyclopédie de sécurité et santé au travail (sous direction de Jeanne Magerstellman)*, Volume 02, 3^{ème} Edition, Edition Anglaise, Genève 2000, p.09

traitement de l'information. Tout travail même le plus simple, le plus gestuel, est mental. Inversement, tout travail peut être qualifié de physique, puisque il implique toujours, outre ces mécanismes mentaux, des mécanismes physiologiques (musculaires pour maintenir la posture, etc.)¹²

Il est possible et utile d'analyser le travail sous l'angle du processus mentaux mis en œuvre par la personne (Spérandio, 1980, 1984). Une approche de l'activité faisant appel à ces connaissances, pour mieux comprendre les processus mentaux engagés dans toute l'activité, permet d'optimiser les ressources humaines et/ou matérielles nécessaires aux activités de soins. Mais cette notion de charge mentale, ou cognitive ne peut être dissociée de la question du sens du travail pour celui qui l'effectue.

La crainte des erreurs dans le diagnostic, la préparation et la délivrance des soins, ou les explications données aux malades est le premier facteur d'anxiété cité lors de plusieurs études.

Réfléchir au rôle de la présentation des informations, sur le matériel et sur les supports de transmission, est indispensable pour réduire le stress. Les acquis de la psychologie ergonomique sont alors précieux.

La charge mentale désigne les tâches dont les composantes ont trait principalement au traitement de l'information réalisé par une personne :

- La prise d'information sur le monde extérieure, c'est-à-dire la perception ;
- L'analyse de l'information c'est-à-dire le raisonnement sous toutes leurs formes, portant :
 - Sur l'information externe (provenant de la perception, ce qui nécessite un décodage de signaux) ;
 - Ou sur l'information interne (provenant de la mémoire ce qui nécessite une comparaison avec des standards mémorisés et une interprétation) ;
- La mémoire, à plus à moins long terme ;

¹² Madeleine Esterne-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Edition Estem, Paris, 1997, p.127.

-La représentation mentale.

Chacun de ces processus est nécessaire au traitement de l'information. Tous sont étroitement interdépendants.

Au bout du compte, le traitement d l'information aboutit à :

-La prise de décision.

-L'exécution de celle-ci.¹³

II-6-La performance du travail l'infirmier :

L'infirmier performant s'appuie sur son expérience pour percevoir les situations de manière globale et non en termes d'aspects. Il travaille dans le même service depuis trois ans à Cinq ans. Il est capable d'anticiper les événements typiques et de savoir comment réajuster ce qui était planifié pour faire face aux imprévus en fonction des priorités perçues.

D'une manière concomitante, l'infirmier utilise les maximes mais pas encore de manière optimale (les maximes selon le modèle de Dreyfus et Dreyfus, correspond à un domaine de connaissances pratiques, ce sont des instructions codées qui n'ont de sens que pour des professionnels ayant une bonne compréhension de la situation). Ce stade se rattache, selon P. Benner « au signal d'alarme précoce ».

C'est le cas de l'infirmier qui va percevoir une détérioration de l'état de santé d'une personne avant même que les signes vitaux soient significatifs.

Grace à la connaissance parfaite de la personne soignée et grâce à l'observation clinique l'anxiété, sueur, teint et faciès modifiés, guideront un infirmier performant vers une suspicion d'œdème aigu du poumon.

Un infirmier qui n'est pas encore à ce niveau de professionnalisme aura besoin de l'installation d'autres signes telle qu'une poussée d'hyper tension artérielle, une dyspnée...ect. ¹⁴

¹³ Ibid, p.128.

¹⁴ Marielle Boissart, *le référentiel de formation infirmière*, édition Lammare, paris, 2013, p.219.

Chapitre II : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier.

Les indicateurs de performance des infirmiers peuvent être retenus sous forme de trois variables :

-Le feed back apporté par la tâche accomplie indique aux infirmières quel est leur niveau de performance et provient du travail lui-même. Lorsque l'infirmière dispense des soins aux patients, elle est à même d'évaluer directement l'efficacité de son intervention et d'ajuster ses actions et sollicite moins d'appréciation de l'infirmière en chef.

-La formalisation organisationnelle implique l'utilisation de plans, d'objectifs, règles de fonctionnements. En soins infirmiers, les profils de fonction et l'existence de plans de soins standards permettent aux infirmières de travailler de manière autonome sans quémander auprès de l'infirmier en chef l'autorisation d'accomplir des actes de soins ou de prévention. Si de tels plans de soins existent, ils permettent aux infirmières de détacher de l'influence directe de l'infirmier en chef.

-La cohésion du groupe peut fournir un support émotionnel, encouragement et collégialité et réduit le besoin d'obtenir ses liens de supérieure.

-Collaboration infirmières et médecins pour l'obtention des résultats positifs en termes de réduction de taux de décès, réduction de la durée de séjour, réduction de turnover infirmier, et capacités des infirmiers de répondre aux besoins des patients et de leurs familles.

La littérature infirmière indique que les résultats organisationnels tels que satisfaction et implication affecte directement le choix de l'individu de rester ou de quitter l'institution sont utilisées dans de nombreuses études comme indicateurs d'une socialisation réussie.

L'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers semble être aussi une mesure d'évaluation spécifique et fiable, les patients étant

Chapitre II : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier.

particulièrement sensibles aux aspects non techniques des soins infirmiers tels que la communication d'information, l'empathie ou l'amabilité.¹⁵

Conclusion :

Dans ce second chapitre nous avons essayé de comprendre quelques notions du domaine d'ergonomie et du travail infirmier sur le plan performance et les conditions de travail, cela nous aidera à nous enrichir plus afin de traiter notre objet d'étude.

¹⁵ Guy Karnas, Nathalie Delobe, Christian Vanderberghe, *Développement des compétences investissement professionnel et bien être des personnes*, édition presse universitaire de louvain, volume 2, Belgique, 2003, p.p.325, 326.

Chapitre III
Travail infirmier,
épuisement
professionnel et
qualité des soins

Introduction :

Dans ce présent chapitre, nous allons tenter de comprendre quelques notions relatives au travail infirmier l'épuisement professionnel et qualité des soins. Les points que nous allons aborder sont, diagnostic infirmier, gestion des soins, gestion des dossiers des patients, gestion de la relation soignant soignés et enfin les critères de qualité de soins.

III-1-Diagnostic infirmier :

Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes présents et potentiels aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier est responsable.

À la différence du diagnostic médical dont le but est un examen clinique de la personne afin de poser un diagnostic médical puis la description de la pathologie en vue d'une prescription médicale, la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes et la maladie.

Le diagnostic infirmier s'effectue dès le début de la prise en charge du patient. Ce diagnostic permet de mettre en avant les besoins du malade.¹

III-2-Gestion des soins relevant de son rôle propre :

Il appartient à l'infirmier d'organiser et d'assurer la mise en œuvre des actions des soins appropriés relevant de son rôle propre. Il se doit d'organiser, de gérer les soins. Comme le terme le mentionne · Rôle propre · signifie que l'infirmier ne doit pas attendre des directives.

¹ Nathalie LELIEVRE, *Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles*, heures de France, paris, 2003, p. p 34.35.

Quand l'infirmier pose une perfusion, il lui appartient d'en assurer la surveillance. C'est la raison pour laquelle une surveillance attentive de l'évolution de l'état du patient est essentielle.

La surveillance se définit comme un examen attentif du patient afin de déceler tout signe potentiellement révélateur d'une anomalie de son état de santé.

L'observation peut porter sur l'état de conscience du patient, son comportement, son évolution et tous les signes cliniques.

L'intérêt de cette surveillance est de déceler toute anomalie et d'identifier les besoins du malade afin de mettre en route les actions appropriées dans l'intérêt du patient, à savoir : contacter le médecin si l'infirmier estime que le traitement ne relève pas de sa compétence ou agir directement pour éviter toute conséquence dommageable pour le patient.

La surveillance du patient a ainsi pour finalité de suivre l'évolution de l'état du patient et prévenir tout risque d'aggravation. En cas d'aggravation, l'infirmier informe le médecin pour qu'il puisse prendre les mesures appropriées.

En effet, la surveillance des soins signifie de vérifier le suivi, l'évolution des gestes effectués, tel que le bon débit d'une perfusion, par exemple ou le suivi en postopératoire ²

III-3-Gestion du dossier de soins infirmiers :

Le dossier de soins infirmiers est défini comme un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel des soins.

² Ibid, p.36.

La création d'un dossier de soins infirmiers répond au souci de l'équipe soignante de disposer d'un outil de travail unique permettant de :

- Donner des soins adaptés aux besoins du patient et d'assurer la continuité des soins ;
- Répondre de façon complète aux questions des médecins ;
- Disposer pour tous les acteurs de soins, d'informations écrites, fiables et complètes.

Le dossier de soins infirmiers constitue un document de référence synthétisant toutes les données en soins infirmiers durant toute l'hospitalisation d'un patient. Il permet, par une gestion rigoureuse, d'assurer une coordination des soins favorisant ainsi l'efficacité et la qualité des soins.

Sur le plan juridique, il constitue une preuve des soins apportés. C'est la raison pour laquelle, toute personne intervenant auprès du malade, doit figurer clairement ses observations et les gestes pratiqués.

Il est vivement conseillé d'éviter des initiales et d'inscrire le nom et le prénom en entier pour l'identification sur le dossier. Il est important également de préciser le jour et l'heure de la retranscription sur le dossier.

Il est la pièce essentielle pour l'expert et magistrat pour déterminer les conditions d'organisation des soins.

Il permet de reconstituer la chronologie des soins et la prise en charge du patient.

Une gestion rigoureuse du dossier de soins infirmiers est un début de preuve d'une prise en charge organisée et respectueuse des règles de la profession.

3-1-Contenu du dossier des soins :

3-1-1-Fiche de connaissances du patient : sur le plan médical, relationnel et physique permettant d'établir un bilan infirmier complet.

3-1-2-Fiche de processus des soins : qui décrit les actions des infirmiers relevant du rôle propre de l'infirmier permettant ainsi l'efficacité du traitement.

3-1-3-Fiche d'ordonnance médicale : cette fiche fait partie intégrante du dossier médical, mais elle est incluse dans le dossier de soins du patient durant son hospitalisation afin de permettre à l'infirmier d'assurer l'exécution des soins.

3-1-4-Fiche d'observation de l'équipe soignante : qui retrace l'ensemble des informations relatives aux soins donnés durant le séjour du patient à l'hôpital.

3-2-Recommandations et suivi du dossier des soins infirmiers :

-L'infirmier dispose pour chaque patient soigné d'un dossier de soins infirmiers, partie intégrante du dossier du patient.

-L'infirmier dispose d'un guide d'utilisation de dossier de soins infirmiers.

-Le service de soins est organisé de façon à garantir la protection de l'accès aux informations contenues dans le dossier de soins infirmiers.

3-3-L'infirmier après chaque intervention :

- Note, date et signe les résultats des soins dispensés à la personne soignée ;

- Note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes les informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale³

III-4-Gestion de la relation soignant /soigné :

Le Petit ROBERT définit « Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. »

La relation se définit comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...] »⁴

³ Ibidem, p.44.

Il est clair que c'est une sorte d'échange, d'informations mutuelles entre les deux personnes,

Cependant pour bien cerner ce qu'est une relation il faut se focaliser également sur cette notion d'information et de cet échange.

Une information est un message transmis volontairement ou non d'un Individu à un autre. Cette transmission est assurée par la communication.

III-4-1-La communication :

« L'activité de communication occupe la majeure partie du temps professionnel : téléphoner, renseigner, informer, accueillir, discuter, lire, écrire, transmettre des informations »⁵

Un besoin est une nécessité vitale essentielle pour l'être humain afin de se maintenir en vie et assurer son bien-être physique et mental.

Le besoin de communiquer fait référence aux quatorze besoins de Virginia Henderson. Il s'agit d'un besoin essentiel qui se divise en trois dimensions : au niveau biophysique (la vue, l'ouïe, la parole, les expressions verbales, non verbales), au niveau psychologique (les émotions, les craintes, la capacité d'expression) et au niveau socioculturel (la culture, l'éducation, les normes) ⁶

III-4-2-L'Observation :

« Le mot « observer » apparaît dans la langue à la fin du XXème siècle. Il est forgé à partir de « ob », une préposition latine qui signifie « en face, à l'encontre » » et de servare « être attentif, faire attention à... ».

⁴ MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – *Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné* – RueilMalmaison – Editions Lamarre – 2008 – page 9.

⁵ AUDOUS G. et BARRES R. – *Communication 2 – La communication dans le secteur du sanitaire et social* – Vanves – Editions Foucher – 2005 – p. 07.

⁶ Herve Brizon, *Profession aide-soignant*, tome 1, Edition heure de France, Paris, 1995, p.18.

« Observer » signifie « être attentif à ce qui est en face, à ce qui s'oppose à nous ». En soins infirmiers, nous pouvons donc dire que l'observation est l'action de considérer quelqu'un de façon à mieux la connaître. ⁷

Importance de l'observation :

L'observation est très utilisée en tant qu'infirmière. Lors d'un premier contact avec une personne soignée, cela nous donne une **vision globale** de la situation.

Ensuite, une observation plus attentive à certains détails nous amène à prêter une attention plus soutenue à certains éléments. L'observation a une place importante également dans l'évolution de l'état de santé du patient au fur et à mesure des soins.

Ainsi, une observation attentive et rigoureuse va permettre d'adapter et de Personnaliser les soins. L'observation est donc un **outil de soins à part entière**.

III-4-3-L'écoute :

Ecouter, c'est prêter attention à quelque chose, à quelqu'un. Etre à l'écoute, c'est être réceptif à la parole de l'autre et être attentif à ce qui se passe.

« L'écoute désigne une gamme d'attitudes allant de l'audition pure et simple (au Sens physico-biologique) à l'écoute active. [...] L'écoute active consiste à écouter une personne sans porter de jugement sur ce qu'elle dit, et à lui montrer que son message et ses sentiments sont bien compris ». ⁸

Ecouter est donc un acte qui nécessite un engagement réel : accueillir le discours de l'autre, être attentif au langage du corps et avoir une attitude compréhensive. Cela développe une sorte d'assurance vis-à-vis du soignant, durant l'échange, le patient reste attentif aux explications de l'infirmier, parle calmement.

⁷ Article de Dominique Friard, ISP Infirmiers.com – L'observation, une perspective soignante –, disponible sur : <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votrecarriere/l-observation-une-perspective-soignante.html>, consulté le 12/03/2016.

⁸ AUDOUS G. et BARRES .Op-cit, p.45.

Les deux principes de l'écoute sont présents : la **réceptivité** (contact visuel, langage, absence de barrière) et le **partage** (emploi de termes simples).

III-4-4-Le visage :

Le visage est une partie du corps humain très expressive qui peut laisser apparaître une multitude de signaux à l'interlocuteur grâce aux yeux, à la bouche et aux sourcils : froncement des sourcils, froncement du front.

Le visage permet l'expression de six émotions principales : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse et le dégoût. Sans oublier que le visage permet le sourire, une communication à lui-même. « Un sourire, une marque d'attention et notre présence sont des petits gestes simples qui mettent à l'aise le patient. Tous les gestes sont entre les mains du soignant ».⁹

Par exemple, au début d'un entretien, le malade a les traits du visage tendus, et au fur et à mesure des explications, on constate que son visage se détend.

III-4-5-Le regard :

Le regard est le premier sens qui intervient dans une relation. Regarder l'autre lui accorder de l'importance, lui porter de l'attention. Comme mentionné auparavant, l'observation représente une étape importante de la pratique infirmière, et cela passe par le regard. Regarder l'autre, c'est lui porter de l'intérêt, se montrer attentif à ce qu'il dit.

Le regard du patient au début de l'entretien va être fuyant, il ne regardera pas dans les yeux de l'infirmier. A ce moment précis, il semble ne pas être à l'aise. L'anxiété pouvait se lire dans son regard, ses yeux étaient grands ouverts.¹⁰

III-4-6-L'attitude :

Les attitudes corporelles vont également avoir leurs importances dans la relation établie avec le patient. Par exemple, quand un soigné est assis sur un lit

⁹ HOFFMANN - WILD. E.- A la racine du soin : *Le soin relationnel côté infirmière et côté patient* - SOINS -N°680 - Novembre 2003 – p.42.

¹⁰ ROCHE Lydie, *L'impact de la relation soignant - soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire*, Soins Infirmiers, Institut de Formation en Soins Infirmiers, 2011, p. 16.

lors de l'arrivée de l'infirmier dans la chambre. Il va prendre une chaise afin d'être à sa hauteur. Cela a facilité l'échange et a pu montrer au patient qu'il lui accorde du temps. ¹¹

III-4-7-La distance :

Aussi appelée proxémie, la distance est la position qu'occupe l'émetteur par rapport au récepteur.

Les proxémies sont différentes selon la distance entre les deux acteurs de Communication : distance intime (0 à 45 cm), distance personnelle (45 à 120 cm), distance sociale (120 à 350 cm) et la distance publique (3,50 à 8 m).

Adopter la bonne distance :

La proxémie adoptée lors de l'accueil du malade est la distance personnelle. En effet, cette distance permet d'observer le patient, de le comprendre, de se concentrer sur l'échange et favoriser une écoute active. Cette distance permet également de ne pas devoir élever la voix et donc de respecter une certaine discrétion professionnelle sur les informations échangées avec lui. ¹²

III-4-8-La relation de confiance :

La notion de confiance renvoie au sentiment de **sécurité** de celui qui se fie à Quelqu'un, ici à un soignant. Base de toute relation, elle n'est cependant pas acquise, mais se gagne au cours d'échanges.

Selon Ricoeur, « l'absence de confiance empêcherait à chacun de s'ouvrir face à l'autre, de construire l'axe soi-autrui ». ¹³

III-4-9-Soin personnalisé :

L'accueil en service de chirurgie est un acte réalisé quotidiennement par les

¹¹Ibid, p.17.

¹² Ibidem.

¹³ Article de Ricoeur (philosophe français) cité par SANTIN A. (praticien hospitalier, service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP) – La relation de soin : une question de confiance ? – disponible sur : http://www.espaceethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354 consulté le 13/03/2016.

Soignants. Ce moment qui possède un aspect purement administratif en façade, est cependant un moment clé pour la suite de l'hospitalisation.

Il représente un soin à part entière. Alors pourquoi un soin personnalisé ? Une admission se déroule en générale de manière identique avec une trame administrative. Toutefois, les patients sont différents. Un patient arrive au service avec son histoire, sa culture, ses expériences, ses craintes, ses questions. C'est alors au soignant, de savoir déterminer les priorités (aborder l'anxiété avec le malade, répondre aux questions pour le rassurer), d'adapter et d'optimiser son attitude afin de répondre au mieux à ses besoins, et d'ainsi de **personnaliser le soin**. L'individualisation et la personnalisation sont garantes de **qualité**.¹⁴

III-4-10-Savoir prendre le temps :

Maître mot des infirmiers et infirmières : le **temps**. Il représente un repère temporel, qui entre en jeu dans l'organisation des soins, du temps accordé aux patients et aux familles, sans pouvoir y inclure les événements imprévisibles. L'accueil d'un patient se déroule en fin d'après-midi car il s'agit d'une admission programmée. Réussir à créer un climat de confiance est propice pour favoriser l'expression de la personne. Le soin prend alors une dimension différente, celle de « **dimension humaine** ».

« Le soignant passe du statut d'ouvrier de soins à celui de professionnel de l'humain »¹⁵ On peut alors parler de **soin relationnel**.

III-5-Critères de la qualité de soins :

La qualité de soins peut être mesurée sous plusieurs plans notamment, sur trois axes : organisationnel, Relationnel et clinique.

¹⁴ ROCHE Lydie, op-cit, p.18.

¹⁵ BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. – *Communication soignant – soigné – Repères et pratiques* – IFSI Formations paramédicales – Bréal – Paris - 2007 – p. 24.

III-5-1-Sur le plan relationnel :

1-1-La communication :

Il faut considérer, que bien que les utilisateurs de soins soient de plus en plus avertis, ils ne peuvent pas toujours juger de manière pertinente des soins reçus, mais ils peuvent facilement évaluer leurs qualités humaines reliées à la communication et à la relation d'aide. En soins infirmiers, ce sont des éléments de compétence essentiels et leurs effets positifs sur l'évolution de l'état des malades n'est plus à démontrer.

En effet, comment ne pas lier à la qualité des soins la chaleur de l'accueil qui sécurise, la douceur du geste, la parole qui reconforte ou motive, la présence qui apaise la personne ou la famille dans les tournants difficiles de la maladie ou lors de l'approche de la mort. Sans cette qualité de présence les soins infirmiers perdraient leur sens profond.

1-2-L'accueil et le soutien du malade et de sa famille :

L'accueil du patient et de sa famille est l'un des facteurs clés de la prise en charge, il est considéré comme l'un des moments forts où il a besoin d'être compris et reconforté par quelqu'un et accueilli de la manière la plus digne possible, dès sa rentrée dans son établissement sa perception en matière de qualité de soins prend forme.

A travers son séjour, le soutien qu'on lui apporte se confirme à travers l'écoute, compréhension, l'aide qu'on lui donne car tout acte de soins est un acte relationnel par excellence.

C'est ce qui différencie les expressions « donner des soins » qui signifie des gestes banals, et « prendre soin » qui est un terme plus profond émanant du cœur, tout cela implique des considérations éthiques, des manifestations d'impartialité surtout dans des situations critiques.

1-3-L'enseignement au malade et à la famille :

Le troisième facteur relié à ces aspects relationnels concerne l'enseignement au malade et à sa famille. Il est non seulement lui aussi un élément important de la qualité des soins, mais aussi de leur continuité. Les infirmières et les infirmiers sont de plus en plus considérés comme des agents de promotion de la santé, de prévention des complications et de la maladie.

Ce rôle grandissant, ils peuvent l'exercer en expliquant le traitement en cours au malade, mais aussi en l'aidant à le poursuivre adéquatement après l'hospitalisation. Là encore, l'action auprès de la famille est déterminante.

III-5-2-Sur le plan Organisationnel :

2-1-L'évaluation de la qualité des soins et de la charge en soins :

Les hôpitaux sont des établissements de service à l'intention du public et comme tout service, ils devraient être évalués dans leurs principales dimensions d'efficacité, d'efficience et surtout de qualité. Cette évaluation devrait ensuite se traduire par la mise en circulation de « guides des bonnes pratiques » pour le personnel infirmier et pour les enseignantes afin de toujours intégrer les améliorations nécessaires (ex : relations avec la famille).

Pour les soins infirmiers les enjeux de l'évaluation sont grands, puisqu'ils devraient aussi s'accompagner d'une étude de la charge en soins. En effet, on ne peut garantir la qualité des soins, si la charge de travail dépasse les capacités du personnel. Une mesure efficace du niveau de soins requis et des calculs rigoureux quant à la nécessité du nombre d'infirmière et d'infirmiers par service, permet de mieux équilibrer charge de travail et qualité des soins.

2-2-L'analyse des pratiques professionnelles :

Cette analyse touche des aspects individuels et collectives, il s'agit d'une application du psychanalyste hongrois 'Michael Balint' , elle consiste en la réunion de petits groupes sous la direction d'un animateur, cadre ou autre personnel pour objectif de réfléchir au service offert dans les unités de soins comme par exemple, en examinant quelle est la qualité de l'accueil offert au malade et à sa famille, Comment l'équipe reçoit-elle une plainte ou une critique de leur part, Quelle est la qualité du suivi entre les quarts horaires, entre les personnes de l'équipe, comment se prépare le congé du malade. Cette technique vise à développer l'auto observation et la réflexion. Le malade se sent en situation de partage et d'échange avec ses compagnons de groupe.

2-3-Les enquêtes de satisfaction et l'analyse des plaintes :

Cette technique permet de détecter les points forts et faibles de la qualité de soins, par le biais des enquêtes de satisfaction de la population desservies, en remettant des questionnaires aux malades à leurs sorties.

Une autre technique qui est le traitement des plaintes, permet de recueillir des données à partir des commentaires formulées par la population en matière de soins. Malgré son aspect critique, elle a un coté constructif et elle est considéré comme facteur d'évolution.

Un autre facteur organisationnel à considérer est la tendance actuelle à fonder les pratiques hospitalières sur les données probantes c'est-à-dire « l'évidence based nursing ». Ce qui signifie, si on traduit avec une manière libre la pratique fondée sur les évidences, les indices surs, c'est-à-dire les preuves fournies par la pensée critique.

Cette pratique infirmière (Evidence Based Nursing) fondée sur les données probantes comprend d'abord la mise sur pied d'une observation systématique de la personne soignée, de ses difficultés,

de ses valeurs et la poursuite de recherches sur les différents domaines impliqués dans les soins et ou intéressant le personnel.

L'interprétation des données de ces recherches est ensuite suivie de leur diffusion dans le milieu et selon les besoins de leur intégration au quotidien.

Mais comment stimuler l'intérêt pour la recherche et pour l'utilisation des données probantes? Un de ces moyens est de solliciter le leadership des cadres pour initier des investigations et les soutenir, pour organiser des rencontres d'information avec le personnel, pour susciter la lecture de textes intéressants, pour servir de modèles de rôle et pour suggérer l'utilisation des données qui en sont issues.

2-4-La stimulation de la motivation et de la responsabilisation du personnel :

Deux autres facteurs interviennent dans le bon déroulement des soins, sont la stimulation de la motivation et de la responsabilité du personnel soignant, les infirmiers valorisés et stimulés par leurs chefs hiérarchiques ont tendance à offrir des soins de qualité et diminuent de l'absentéisme et du désintérêt à l'égard de leurs travaux et malades.

III-5-3-Sur le plan clinique :

3-1-Le soulagement de la douleur :

Un des premiers facteurs qui recueille la satisfaction autant des malades, des familles que des infirmiers est le soulagement efficace de la douleur. En effet, comment juger bons des soins qui laissent souffrir. Il y a peu de temps la douleur était considérée comme un symptôme normal au plan diagnostique et du suivi de l'évolution du malade.

Pour certains, elle avait même valeur de salut. Progressivement, avec l'évolution des mentalités, depuis quelques années elle est devenue, inacceptable. Et, un peu partout on a vu surgir des lois ou des recommandations faisant état des droits des malades au soulagement.

La lutte contre la douleur sous toutes ses formes est maintenant reconnue comme un droit fondamental. Elle répond à une volonté éthique et humaniste qui constitue un des critères de qualité et d'évolution de nos systèmes de santé.

Le rôle de l'infirmier face à la douleur est important, elle ne se tient pas qu'à l'administration d'analgésique, mais aussi à l'écoute, le réconfort, compréhension des malades.¹⁶

3-2-Prévention des infections nosocomiales :

Nous touchons ici un aspect important de la qualité de soins, la propreté des lieux, la stérilisation du matériel médical et le lavage des mains. Le personnel soignant est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas répandre les agents infectieux aux malades.

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons présenté d'une manière générale, épuisement professionnel, diagnostic infirmier, la gestion des soins, gestion dossiers et relation soignant soigné et enfin les critères d'une prise en charge de qualité. Tous ces points abordés nous a permis de comprendre tous les aspects du travail infirmier ce qui nous éclaireront d'avantage dans la progression de notre sujet d'étude.

¹⁶ Margot Phaneuf, inf. PhD, Conférence d'ouverture du 8e symposium de l'Hôpital Universitaire de Coimbra, Portugal (*La personne au cœur du processus de soins : qualité et continuité*), les 24, 25, 26 février 2005, consultable sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2011/11/23/1-conference-coimbra-qualite-et-continuite-des-soins/>, vu le : 14/03/2016.

Chapitre IV

Méthodologie de recherche

Introduction :

Dans ce chapitre, nous allons présenter notre organisme d'accueil, ainsi que la population d'enquête, la méthode et la technique utilisée, les difficultés rencontrées aux UMC de CHU de Bejaia.

IV-1-Présentation de l'organisme d'accueil :

Le Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia a été créé par le décret exécutif N° 09-319 du 06.10.2009.

Les structures hospitalières qui le composent aujourd'hui, sont celles composant l'Ex secteur sanitaire de Bejaia réorganisées ensuite, avec la mise en place de la nouvelle carte sanitaire depuis janvier 2008 en EPSP, EPH et EHS. Le CHU de Bejaia est le fruit de différentes réorganisations des structures hospitalières en un temps très réduit. De l'organisation en secteur sanitaire jusqu'à 2007, à l'organisation en EPH et EHS de 2008 à 2009 et enfin en CHU à partir de 2011, sachant que les missions de ces établissements sont différentes. Cette transition de l'organisation du secteur sanitaire, à celles de l'EPH et ensuite CHU, s'est traduite par des changements profonds dans le fonctionnement, l'organisation, la vocation et la diversité des activités et des missions assignées. D'où l'inadaptabilité des structures actuelles (EPH) aux missions du CHU notamment, les soins de haut niveau, la formation et la recherche. Ajouter à cela, l'étendue de la carte géo-sanitaire à couvrir ainsi que les soins intermédiaires qui relèvent de la compétence des EPH et qui sont aujourd'hui assurés par le CHU.

Il est composé de trois (03) unités hospitalières, d'un (01) Centre de Wilaya de Transfusion Sanguine (CWTS) et d'un (01) SAMU ;

1-1- HOPITAL KHELLIL AMRANE :

L'unité hospitalière Khellil Amrane siège du CHU, est composée de 05 services d'hospitalisation, un (01) service des urgences médicochirurgicales, une (01) unité des urgences pédiatriques et un plateau technique comprenant (laboratoire, bloc opératoire, imagerie médicale, exploration médicale et pharmacie). Hôpital de type 240 Lits monobloc, mise en service depuis 1990.

1-2- HOPITAL FRANTZ FANON :

L'unité hospitalière Frantz Fanon est composée de 07 services d'hospitalisation, un (01) service de médecine légale, un (01) service de médecine du travail, un (01) service d'anatomo-cyto-pathologie, un (01) hôpital de jour d'hématologie et d'un (01) plateau technique (Laboratoire, bloc opératoire, radiologie, exploration médicale et pharmacie). Type pavillonnaire de l'ère coloniale.

1-3- HOPITAL TARGA-OUZEMOUR :

L'unité hospitalière Targa Ouzemour est composée de 03 services d'hospitalisation et d'un plateau technique (Laboratoire, bloc opératoire, échographie, colposcopie et pharmacie). . Type maternité urbaine de 64 Lits monobloc mise en service en 1990.

1-4-LE CENTRE DE WILAYA DE TRANSFUSION SANGUINE(CWTS) :

Il assure la couverture des établissements de santé (publics et privés) de la wilaya en matière d'approvisionnement en produits sanguins et dérivé

1-5- LE SAMU :

Il dessert la circonscription géo-administrative de la wilaya de Béjaia en matière de transport sanitaire médicalisé des malades et assure des interventions de secours dans toutes les situations d'urgence.

Tableau N° 01 :

Les services Médicaux de l'unité hospitalière khellil Amrane sont comme suit :

Structures	Services	Nombre lits
Unité Hospitalière Khellil Amrane	Chirurgie Générale	44
	Chirurgie orthopédie traumatologie	32
	Neurochirurgie	32
	Médecine interne	56
	Pédiatrie	28
	Chirurgie pédiatrique	12
	Réanimation	10
	Urgence médico-chirurgicale Urgence pédiatrie	17
	Plateau technique : Laboratoire, Pharmacie, Imagerie Médicale, Mammographie, Echo Doppler, Echographie, Echo cardiologie, angiographie, Laser, EFR, ECG, Bloc Opératoire.	/

Source : Document interne.

Tableau N° 02 :

Service des Urgences Médico-chirurgicales de l'unité Hospitalière KHELLIL AMRANE se constitue ainsi:

Dénomination des Salles	Fonction	Nombres de :		
		Salles	Lits	IU
Observation	Surveiller l'état de santé	06	02 chacune	01
Déchoquage	Surveiller états fragile	01	03	01
Plâtre	Soins plâtre	01	01	01
Urgences pédiatriques	Soins enfants	02	03	01
Urgence adultes	Soins adultes	02	07 box	01
Bureau de médecins	Archives et fichiers patients	01	/	/
Bloc opératoire	Interventions d'urgence	01	01	/
Salle de détente	Pause	01	/	/
Radiologie	Imagerie médicale	01	scanner	/
Secrétariat	Archives, admissions, fichiers	01	/	/

Source : Pré-enquête.

IV-2-La population mère :

Selon Mayer Robert la population mère : « *Correspond à un ensemble de tous les individus qui ont les caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude* ». ¹

Notre population d'étude est constituée de 35 Agents Paramédicaux qui représentent la totalité des infirmiers qui travaillent au CHU de Bejaia dans le service des urgences pendant notre période de stage. Dans notre recherche, la population mère constitue l'ensemble des infirmiers dans le service des UMC.

¹ Mayer Robert et Ouillet Francine. *Méthodes et techniques de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaëtan Morin, éditeur, 1991, p.378.

IV-3-La population d'enquête :

Pour avoir un nombre représentatif à la population mère, nous avons procédé à interroger quinze (15) IU, soit un taux de 41.66%.

Pour que notre recherche soit réalisable et valable, il fallait définir d'une manière précise la population qu'on projette à enquêter.

Notre population est composée de femmes et d'hommes de profession paramédicale au CHU de Bejaia de grades différents.

IV-4-Les caractéristiques de la population d'enquête:**Tableau N° 03**

Les enquêtés	Situation Familiale	Sexe	Age	Ancienneté dans le service des UMC	Expérience professionnelle	Grade
Enquêté N° 01	Célibataire	F	25 Ans	02 Ans	05 Ans	ISP
Enquêté N° 02	Marié	M	45 Ans	04 Ans	20 Ans	ISP
Enquêté N° 03	Mariée	F	32 Ans	02 Ans	12 Ans	ISP
Enquêté N° 04	Marié	M	56 Ans	04 Ans	32 Ans	IDE
Enquêté N° 05	Mariée	F	38 Ans	03 Ans	32 Ans	IDE
Enquêté N° 06	Marié	M	47 Ans	03 Ans	19 Ans	IDE
Enquêté N° 07	Mariée	F	51 Ans	03 Ans	25 Ans	ISP
Enquêté N° 08	Célibataire	M	28 Ans	01 An	05 Ans	ISP
Enquêté N° 09	Marié	M	48 Ans	04 Ans	22 Ans	IB
Enquêté N° 10	Marié	M	35 Ans	02 Ans	19 Ans	ISP
Enquêté N° 11	Marié	M	49 Ans	03 Ans	20 Ans	IB
Enquêté N° 12	Mariée	F	30 Ans	01 An	08 Ans	IDE
Enquêté N° 13	Célibataire	M	41 Ans	02 Ans	21 Ans	ISP
Enquêté N° 14	Mariée	F	39 Ans	03 Ans	19 Ans	IDE
Enquêté N° 15	Marié	M	50 Ans	03 Ans	30 Ans	ISSP

IV-5-Echantillonnage :

Comme toute la population ne pouvait être interrogée, il nous fallait prélever un échantillon représentatif de cette population. Alors nous avons opté pour un échantillonnage de type aléatoire simple, consiste à choisir des individus de telle sorte que chaque membre de la population ait une chance égale de figurer dans l'échantillon.

D'après Ambroise Zagre : « *L'échantillonnage est un ensemble de procédés visant à la sélection d'une fraction de la population telle qu'elle puisse être considérée comme représentative de la population totale de référence. C'est donc une procédure par lequel un petit nombre d'unités d'analyse sont sélectionnées pour étude dans le but de généraliser les résultats à la population mère, appelée univers* »²

Nous avons recours à ce type d'échantillonnage aléatoire simple de part des caractéristiques de notre population composée de paramédicales toutes catégories confondues.

IV-6-La pré-enquête :

6-1- Objectifs

La pré-enquête a été réalisée au niveau de l'unité hospitalière Khellil Amrane du Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia (CHUB), en janvier 2016, sur les Infirmiers Urgentistes travaillant au sein des Urgences Médico-Chirurgicales « UMC ».

La pré-enquête que nous avons menée a eu pour objectif la connaissance du terrain d'étude. Elle a consisté à bien connaître la population des Infirmiers Urgentistes œuvrant au sein de cette structure en termes d'effectifs, de la particularité de leurs tâches et les caractéristiques des conditions de travail.

² ZAGRE Ambroise, *Méthodologie de recherche en science sociale*, l'Harmattan, paris, 2013, p.p.73-74.

6-2-Techniques utilisées :

Nous avons effectué une analyse documentaire, extrait des documents officiels relatifs à l'activité des Infirmiers Urgentistes, outre, des observations et des entretiens ouverts et exploratoires, cela, afin de détecter les différentes tâches réels confiées aux infirmiers en question ainsi que les déterminants de la charge et son impact sur les prestations de soins rendues aux usagers.

6-3- Résultats de la pré-enquête

Nous avons constaté durant notre pré-enquête, que les IU rencontrent lors de l'exercice de leur métier, beaucoup de contraintes liées notamment, aux conditions de travail et à l'organisation qui affecte leur compétence rendant leur rôle de plus en plus pénible.

Ces contraintes peuvent s'expliquer par la charge de travail faute de manque flagrant en matière d'effectif (Cela peut aller jusqu'à trente (30) malades par jours, voire plus, par infirmier), ajouté à cela, le déficit en moyens matériels pour garantir une meilleure prise en charge.

Nous nous sommes intéressés à la population des IU suite aux constats relevés lors de notre pré-enquête, notamment à travers les récits rapportés par certains infirmiers interrogés sur les lieux.

Ces constats se traduisent par la fatigue due généralement au stress enduré par cette catégories, remarquable à travers des manifestations physiques et psychologiques (en termes de frustrations et de réactions mal-adaptées en milieu de travail telles que les réactions agressives envers les patients et leurs familles.

Par ailleurs, il a été constaté que certains d'entre eux ont recours à la consommation de toute sorte de stupéfiants, à savoir ; des médicaments, de d'alcool surtout le tabac.

D'autant plus, l'apparition de certaines pathologies telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les problèmes liés aux troubles musculo-squelettiques (TMS) ...etc.

Aussi, les IU ne cessent de se déplacer toutes la journée et restent presque tout le temps en posture debout.

Dans les salles d'observation, nous avons constaté que lors des horaires de visites, un flux d'usagers très importants encombrant les couloirs, se qui empêche les professionnels de mener à bien leur mission.

De ce fait, cela aurait des effets négatifs sur la qualité des soins infirmiers attribuées aux patients.

6-4-La tâche prescrite d'IU:

Le travail prescrit de l'infirmier se définit selon le journal officiel d'Algérie, p.08 N°17 stipulé par le Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique.

L'article 38, distingue cinq (05) grades d'infirmiers de santé publique: Le grade d'infirmier breveté, mis en voie d'extinction; le grade d'infirmier diplômé d'Etat; le grade d'infirmier de santé publique ; le grade d'infirmier spécialisé de santé publique et le grade d'infirmier major de santé publique.

Tableau N° 04 : Les tâches prescrites des IU

Leurs tâches sont prescrites respectivement dans les articles 39. 40. 41. 42 et 43.

Grade	Tâches prescrites
Les Infirmiers Brevetés(IB)	sont chargés, notamment, d'exécuter les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l'hygiène, à l'entretien et au rangement du matériel.

<p>Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)</p>	<p>Outre les tâches dévolues aux infirmiers brevetés, les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés d'exécuter les prescriptions et les soins polyvalents. A ce titre, ils sont chargés, notamment : de participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ; De favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle ; de participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.</p>
<p>Infirmiers de Santé Publique (ISP)</p>	<p>sont chargés, notamment : de participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mentale des personnes ; De réaliser des soins infirmiers relevant des tâches propres à leur mission, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d'extrême urgence sur la base de protocoles d'urgence écrits ; de contrôler, d'évaluer et de surveiller l'évolution de l'état de santé des patients ; d'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient ; d'accueillir et de suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires.</p>
<p>Infirmiers Spécialisés de Santé Publique (ISSP)</p>	<p>Outre les tâches dévolues aux infirmiers de santé publique, les infirmiers spécialisés de santé publique sont chargés, en fonction de leurs spécialités, notamment : d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification, notamment les soins complexes et spécialisés ; de participer à la formation des paramédicaux</p>

<p>Infirmiers Majors de Santé Publique (IMSP)</p>	<p>Outre les tâches dévolues aux infirmiers spécialisés de santé publique, les infirmiers majors de santé publique sont chargés, notamment : d'élaborer et de réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service ; De programmer les activités de l'équipe de l'unité ; d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de soins ; De contrôler la qualité et la sécurité des soins et les activités paramédicales ; d'assurer la gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales ; d'accueillir et d'organiser l'encadrement des personnels des étudiants et des stagiaires affectés au service.</p>
---	--

Il est à noter, que dans l'article 266 de l'avant projet de la loi relative à la santé « Août 2014 », précise que, le professionnel de santé, auxiliaire médical et paramédical est tenu :

- d'agir dans les limites strictes de leur qualification ;
- de limiter leur intervention en se conformant à la prescription médicale
- de se conformer à la prescription ou l'indication reçue du médecin, du chirurgien dentiste ou du pharmacien ;
- de faire appel immédiatement à l'intervention d'un praticien médical, lorsque, pendant l'exercice de leurs activités, se produisent ou risquent de se produire des complications,
- de ne pas prescrire des produits pharmaceutiques.

6-5-Description du service des UMC :

Le service des UMC de l'unité hospitalière Khellil Amrane du CHUB se distingue par rapport aux autres services hospitaliers, car, il consiste en la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins optimaux et immédiats.

Tableau N° 05 :

Dénomination des Salles	Fonction	Nombres de :		
		Salles	Lits	IU
Observation	Surveiller l'état de santé	06	02 chacune	01
Déchoquage	Surveiller états fragile	01	03	01
Plâtre	Soins plâtre	01	01	01
Urgences pédiatriques	Soins enfants	02	03	01
Urgence adultes	Soins adultes	02	07 boxes	01
Bureau de médecins	Archives et fichiers patients	01	/	/
Bloc opératoire	Interventions d'urgence	01	01	/
Salle de détente	Pause	01	/	/
Radiologie	Imagerie médicale	01	scanner	/
Secrétariat	Archives, admissions, fichiers	01	/	/

Les infirmiers exerçants dans ce service, sont les plus exposés aux contraintes liées aux conditions de travail, vu le flux d'utilisateurs qu'ils accueillent au quotidien.

La population mère de notre objet d'étude englobe trente cinq (35) paramédicaux, répartis en sept (07) unités à savoir, les salles d'observation, de déchoquage, de plâtre, des urgences pédiatriques, des urgences adultes, de bloc opératoire et de radiologie.

Pour assurer le fonctionnement jour et nuit des UMC, ils sont organisés en cinq (05) équipes.

Dans chaque équipe se trouve cinq (05) infirmiers, deux (02) équipes travaillent le jour et 03 la nuit (système 2/2 le jour et 1/3 la nuit).

On a effectué des observations et des entretiens exploratoires au sein de ces équipes afin de déterminer l'intensité de la charge de travail et son effet sur la qualité des soins dispensés aux patients.

6-6-La charge de travail au service des UMC :

Durant notre stage dans le service des UMC, nous avons effectué (08) observations au niveau du service UMC pendant (30) jours. Nous avons effectué aussi des entretiens ouverts avec (06) infirmiers urgentistes.

Nos observations et entretiens nous ont permis de constater qu'il y a un nombre important de malade qui arrive au service. Ce nombre est combiné au manque d'effectif dans ce dernier. Selon un infirmier responsable urgence pédiatrique : *« Je suis le seul ici dans ce service qui reçoit un nombre élevé d'enfants et de mères ma tâche est d'exécuter les prescriptions du médecin le nombre de berceaux sont insuffisants ce qui affecte le travail que nous exerçons »*.³

Une charge de travail a été constatée et exprimée par les infirmiers du service UMC. Un infirmier peut effectuer plusieurs tâches à la fois. C'est ce que déclare un infirmier de salle de soins : *« Je m'occupe des soins comme les blessures et points de sutures pansements..., je reçois un nombre impressionnant de blessés par jour et des fois je m'occupe de toutes les tâches à la fois porter, soigner, nettoyerc'est trop pour un seul infirmier... »*

Un autre infirmier ajoute que: *« les médecins qu'ils soient résidents, chirurgiens, médecins de garde ...nous surchargent vis-à-vis de leur prescriptions ils nous donnent beaucoup de tâches à la fois (perfusions, U/C/G, intra vineuse...) »*.

Une autre infirmière au secrétariat *« Je répertorie dans le registre un nombre incroyable par journée de patients admis dans les UMC »*

En se référant à nos observations préliminaires du terrain d'étude et nos entretiens exploratoires, on note que le milieu des urgences UMC de Bejaia présente des activités sans arrêt de prendre en charge un nombre important des malades quotidiennement.

³ Pré-enquête.

Nos observations montrent que le personnel para médical est soumis à une charge de travail importante. Le manque du personnel leur impose des tâches multiples à la fois et s'occupent plus d'un malade en même temps, les salles des patients ne peuvent plus contenir les patients et leur proches et permettre aux infirmiers de réaliser leur travail dans les meilleures conditions.

Les médecins qui leur prescrivent les soins ne respectent pas l'état de surcharge, du coup ces situations ont un impact considérable sur la qualité de rendement des soins sur les patients qui se traduisent par l'oubli, erreurs techniques, réactions agressives contre les patients et leur proches il y a même le laxisme vu que le personnel hiérarchique ne les considère plus alors les infirmiers se laissent aller.

IV-7-La méthode appliquée :

Pour réaliser une recherche, on doit utiliser une méthode bien déterminée. Dans le but de vérifier les hypothèses relatives à notre thème au sein de CHUB, pour pouvoir vérifier nos hypothèses afin de confirmer ou infirmer, nous avons utilisé une méthode et une technique adéquate pour rassembler des informations et mesurer le phénomène étudié.

Afin d'arriver à des résultats objectifs escomptés, les chercheurs imposent de suivre telle ou telle méthode ou des techniques adaptées aux questions de départ.

Préalablement à notre engagement sur le terrain, nous avons planifié l'usage de la méthode qualitative pour recueillir les informations nécessaires qui peuvent nous permettre d'approfondir notre étude.

Cette étude passe par deux étapes de recherche, la première consiste à démonter les déterminants de la charge subite par les IU et son impact sur le rendement des soignants, tandis que la deuxième phase comporte l'analyse des données récoltées.

Raphael Desanti et Philippe Cardon affirment que : « *les enquêtes qualitatives permettent d'entrer plus longuement dans les logiques des conduites individuelles grâce aux techniques d'entretien ou aux méthodes de l'observation ethnologiques (...). L'intérêt des enquêtes qualitatives est de gagner en profondeur, de restituer les logiques des conduites et des discours de manière plus approfondie* »⁴.

IV-8-La technique :

Maurice Angers considère la technique comme : « *la technique représente un ensemble de procédés et d'instruments d'investigation utilisés méthodologiquement* »⁵.

Les techniques de recherche sont les outils qui permettent de recueillir des informations dans la réalité. Elles indiquent comment accéder aux informations de l'objet d'étude. Ces techniques représentent les principaux moyens d'investigation de la réalité sociale auprès de la population visée.

Dans la mesure où notre recherche s'articule autour l'impact de la charge de travail sur le rendement du personnel infirmier et pour mieux déterminer les données des personnes questionnées ainsi que leurs attitudes et opinions, nous avons opté pour la technique **de l'entretien**.

Cette approche qualitative offre une liberté et facilite aux interlocuteurs de mieux s'exprimer afin de nous fournir plus d'informations, ce que le questionnaire et la méthode qualitative ne peuvent offrir.

Cet outil nous a permis d'accéder à un maximum d'authenticité des discours, selon Raymond Quivy : « *L'entretien est une technique de collecte d'information orale, un événement de parole qui se produit dans une situation d'interaction sociale entre un enquêteur et un enquêté (sauf l'entretien collectif). C'est la raison pour laquelle il ne saurait être réduit à une simple*

⁴ Raphael DESANTI, Philippe CARDON, *L'enquête qualitative en sociologie*, Edition ASH, Paris 2007, p.p.46-47.

⁵ Angers Maurice, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Edition Casbah, Alger, page 66

démarche de prélèvement d'informations : le discours de l'acteur interrogé est prononcé in situ. Et de ce fait, la situation d'enquête conditionne à la fois la réalisation de l'entretien et l'interprétation du matériau recueilli »⁶

Ces raisons nous amènent à utiliser la technique d'entretien dans notre recherche afin de cerner et connaître au mieux notre objet d'étude.

8-1-Guide d'entretien :

Le guide d'entretien est défini selon Alain Blanchet comme : « *Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire) et du type d'analyse que l'on projette de faire »⁷.*

De ce fait, nous avons élaboré un guide d'entretien constitué d'un ensemble de questionnement qui nous a permis de recueillir un certain nombre d'informations auprès de notre population d'enquête, cette série de questions est partagée à travers quatre parties :

L'objectif de notre première partie est l'identification de notre échantillon (IU). Ainsi, il nous est utile de préciser nos questions par rapport à l'âge, le sexe, la situation familiale, le grade, l'expérience professionnelle, et l'ancienneté dans le service des UMC.

La seconde partie est réservée à l'identification des déterminants de la charge de travail qui s'accumule sur le personnel paramédical.

La troisième partie traite l'impact de la charge de travail sur l'application des soins infirmiers aux malades.

Enfin, la quatrième partie est consacrée à l'influence de la charge de travail sur la relation soignant soigné. (Guide d'entretien joint en Annexe)

⁶ Raymon, Quivy et al, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Edition Dunod, paris, 1995, p.184.

⁷ Alain Blanchet et al, (sous la direction de François de Singly), *l'enquête et ses méthodes d'entretiens*, NATHAN, paris, 1992, p.61

IV-09--Déroulement des entretiens :**09-1-Support :**

Tous les entretiens ont été réalisés par des prises de notes, car les interviewés ne voulaient pas être enregistrés. Ils ont été ensuite retranscrits sur fichier informatique.

09-2-Recueil du matériel :

Notre enquête s'est déroulée du 03/01/2016 au 03/03/2016 à l'unité hospitalière Khelill Amrane.

Des entretiens ont duré trente (30) minutes chacun. En revanche certains entretiens sont déroulés en deux, voire trois séances tellement le personnel travail sous pression de temps.

09-3-Circonstances et lieu :

Les entretiens ont eu lieu au niveau du service des Urgence Médico-chirurgicale du CHU de Bejaia. Les questionnements se sont déroulés en langue française et kabyle, tête à tête sans présence d'une troisième personne, les enquêtés voulaient garder l'anonymat.

IV-10-Les difficultés rencontrées :

En raison du caractère urgent du travail infirmier, pouvoir questionner le personnel paramédical nous a posé un énorme problème.

A chaque instant les infirmiers s'acharnent sur leurs taches, quelques fois, il a fallu les interroger même en travaillant.

L'encadrement au sein des UMC est quasi-inexistant, le chef de service n'est pas toujours présent dans le lieu d'enquête.

Certains infirmiers nous ont fait perdre beaucoup de temps, des fois, ils ne respectent pas les rendez-vous consacrés aux entretiens.

Certains ont refusé catégoriquement de les interroger.

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons présenté l'organisme d'accueil et ses services, notre population d'enquête, ainsi que l'outil d'investigation utilisé et les différents problèmes rencontrés lors de notre stage.

Partie Pratique

Analyse et interprétation des résultats

Chapitre V

**La charge de travail
et qualité des soins
aux UMC**

Introduction :

Nous consacrons ce chapitre à l'analyse des données collectées, nous nous appuyons sur les résultats des entretiens dédiés aux Infirmiers Urgentistes exerçants aux UMC du CHU de Bejaia.

Nous allons donc, dans cette partie de notre travail, coordonner et organiser les différentes informations récoltées par le biais des entretiens qu'on a pu réaliser avec un nombre de quinze (15) paramédicaux.

Cette partie contient trois (03) chapitres, à savoir respectivement : La charge de travail chez les IU du CHU de Bejaia, charge de travail et organisation des soins et charge de travail et relation soignant-soigné.

1-Charge de travail chez les IU du CHU de Bejaia :

Comme nous l'avons souligné précédemment dans la partie théorique, la charge de travail peut se traduire par des astreintes en réponse aux contraintes.

1-1-Les contraintes :**1-1-1- Manque d'effectif :**

Comme nous l'avons cité précédemment, le manque d'effectif est soulevé par l'ensemble des enquêtés sans exception, cet état des lieux oblige les paramédicaux à accomplir des tâches parfois, qui ne sont pas les siennes. Pour causes, pénurie en matière d'effectif, les conditions de travail de la corporation des infirmiers se détériorent. Ce qui réduit leurs perfectionnements et leurs rendements : « *Le secteur infirmier semble plus particulièrement touché, à la fois parce que le travail se fait 24 heures par jour et parce que la pénurie de main d'œuvre est particulièrement criante* ».

Dans un contexte de compression budgétaire, de privatisation de certains services et de pénurie de main d'œuvre qualifiée, la charge de travail s'est accrue et les conditions de travail se sont détériorés pour 85% du personnel infirmier »¹

L'ensemble des infirmiers interrogés ont soulevé qu'il y a un manque en matière de personnel paramédical, ce qui accentue la charge de travail qu'ils accomplissent.

« Cette charge est causée par le manque de personnel qui ne peut pas répondre aux nombres élevés des enfants malades...etc. » [IDE, 56 ans, n° 04]

Cette même personne nous révèle que : *« En effectif infirmier, c'est un handicap pour notre service le personnel s'épuise au fur et à mesure pendant la journée. »*. Un autre confirme :

« ...eh oui, une forte concentration des malades contre un nombre très réduit d'infirmiers ». [ISP, 35 ans, n° 10]

Ce manque d'effectif oblige les Paramédicaux d'accomplir plusieurs tâches parallèles, engendrant un écart entre le travail prescrit et le travail réel.

« Le travail prescrit est celui défini par l'organisation et par les procédures : ce que doit faire la personne et la façon dont elle doit le faire. C'est par exemple ce que dit une fiche de poste dans une entreprise. C'est d'emploi prescrit dont parlera le plus souvent un responsable hiérarchique ou un responsable de recrutement DRH dans une entreprise. »

Tandis que *« le travail réel est celui qui est effectivement réalisé par le titulaire et qui se traduit objectivement par la contribution de l'agent à une production mesurable en situation de travail.*

Le travail réel se situe entre le travail prescrit et le travail vécu (tel qui le vit et le perçoit) il est bien sur plus difficile de l'appréhender. »²

¹ Diane Gabrielle Tremblay, *Articuler emploi et famille : Le rôle du soutien organisationnelle au cœur de 03 professions*, éditions PUQ, Québec, 2012, p.p. 117.118.

² Michel delacroix, *Rédiger un référentiel professionnelle*, Edulcagri éditions, Dijon, 2001, p22.

Il faut dire que les grades de la même corporation (Paramédicale), sont amenés à honorer les mêmes rôles. Ce qui crée une anarchie dans l'organisation et la définition des tâches. Aussi, le manque en matière de personnel aide-soignant est toujours évoqué.

Sur ce point, Salim nous a dit « *Les médecins chefs doivent signaler qu'il y a un nombre d'effectif très faible, ils nous prescrivent trop de tâches à faire, on a besoin d'aides soignants pour laisser les soins qui nous font perdre du temps (bandages, stérilisation, s'occuper d'hygiène...) et s'occuper directement de notre travail* ». [ISP, 21 ans, n° 13]

Il est à signaler ici que les tâches réelles sont imposées par les supérieures hiérarchiques telles que les médecins.

Dans le même sillage, un enquêté nous a avancé « *On manque ici d'aide soignants, tout seule je n'arrive pas à m'occuper de toutes les tâches qui me sont destinées...* ». [IB, 49 ans, n° 11]

Le manque d'effectif aides soignants, représente l'un des déterminants majeurs qui oblige les paramédicaux de jouer le rôle de « bouches trous ».

1-1-2- Le flux de malades et usagers:

D'après les informations recueillies lors de notre enquête de terrain, il s'est avéré que tous les interrogés se plaignent de flux de malades et des usagers qui se présentent au quotidien dans les services des UMC.

Les termes souvent employés sont « *Flux de malades, nombre élevé des enfants malades, nombre flagrant de malades, très large public, nombre de malades incroyable, population massive, forte concentration des malades, trop de patients, l'accumulation des patients dans les couloirs...etc.* ».

Samira qui travaille dans le service de tri dit que « *La charge de travail est déterminée par le nombre incroyable de patients qui se présentent chaque jour et sans cesse.* », [ISP, 25 ans, n°01].

Hocine de sa part nous a avancé également que « *les soins immédiats qui doivent être prodigués sont multiple, vu le nombre de malades incroyable que nous recevons par jour.* », [ISP, 28 ans, n°08].

Cette masse populaire est une contrainte qui gêne le bon fonctionnement du service, le personnel est troublé par le nombre de patients qu'il traite à la fois, comme l'indique l'un de nos interrogés, « *Comme vous êtes entrain de voir, je fais les va et vient sans arrêt pour m'occuper des trois patients, ça me met dans un état de pression énorme* ». [ISP, 32 ans, n° 03].

Pendant notre enquête nous avons constaté par le biais de l'observation directe que le nombre de malades et d'usagers ne cessent d'augmenter, chose qui handicap le fonctionnement normale des UMC.

L'analyse des documents internes du CHUB, notamment le bilan d'activité hospitalière, démontre que le nombre de malades consultés aux UMC, exercice premier semestre 2015, est de soixante un milles cinq cent soixante sept (61567), dont quarante cinq milles deux cent trente deux (45232) adultes et seize milles trois cent trente cinq (16335) enfants. Si ce nombre sera divisé par six mois, nous allons trouver que dix milles deux cent soixante un (10261) malades sont consultés chaque mois, ce qui donne un chiffre de trois cent quarante deux (342) patients par jour, ce qui veut dire une moyenne de dix (10) patients/jour par agent.

Tableau N° 06: Bilan d'activité ; exercice premier semestre 2015.

Nombres de malades		Nombres de malades par		Nombres de patient par Agent
Adultes	Enfants	Mois	Jour	10
45232	16335	10261	342	
		61567		

Source : Document interne de l'établissement.

Dix patients par Infirmier, est un nombre tellement supérieur si on le compare aux normes atteintes par certains pays développés, tels que, les Etats Unis d'Amérique l'Australie et la France.

En Californie, par exemple, le personnel infirmier a réussi de faire pression afin d'obtenir des ratios infirmière-patients prescrits par la loi et les conventions collectives. De tels ratios limitent le nombre de patients dont doit s'occuper l'infirmière, il s'agit, d'un ratio de 01 infirmier pour 04 est prescrit par la loi.

À New South Wales, en Australie, les ratios ont été déterminés en fonction d'une formule d'heures minimum de soins infirmiers jour, par patient.

Cette formule peut varier selon les classifications au sein de l'hôpital mais, généralement, les ratios correspondent à 01 infirmier pour 04 de jour. La dotation en personnel peut être gérée au niveau de l'unité de soins.³

D'après nos interlocuteurs, les déterminants de l'afflux sont plusieurs, entre autres, le choix des usagers de se diriger vers le CHU, que d'aller vers les EPH de leurs localités, comme le déclare Omar, « *Ce qui engendre cette immense charge c'est le fait que tous les malades des autres communes de proximité viennent se soigner au CHU, spécialement les UMC même les blessures de faible gravité se traitent ici alors que normalement ils devront se faire dans les établissements de proximité de leurs localité, du coup, tous le travail tombe sur nous ici ce qui provoque une charge énorme pour une population massive* ».

³ Lien entre mortalité et charge de travail infirmière, disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Lien-entre-mortalite-et-charge-de.html>, consulté le : 02/05/2016.

Le flux est déterminé également, par l'absence d'un EPH au chef-lieu de wilaya, car l'absence d'une infrastructure qui abritera les services du CHU a obligé les autorités concernées de procéder au transfert de propriété des Deux EPH que compte la ville en au profit du CHU, comme l'a avancé un infirmier : « *La ville de Bejaia ne possède pas d'EPH depuis 2011, date de mise en œuvre du CHU, car les deux EPH du Chef lieu à savoir ; Frantz Fanon et Khellil Amrane, ont été transférés momentanément au CHU ..* » [ISP, 28 ans, n°08].

Ajouté à cela que les citoyens préfèrent de briser les étapes dictées par la carte sanitaire, c'est-à-dire au lieu de se présenter aux salles de soins de proximité ou aux polycliniques pour en bénéficier des soins de bases, ils se dirigent directement aux Urgences du CHU. Sur ces propos, un paramédical a déclaré : « *Les citoyens ne distinguent pas entre les structures de soins de base et celles des soins de haut niveau* » [IB, 48 ans, n° 09]

En conséquence, les personnels sont confrontés aux soins de base au lieu des soins de haut niveau prodigués par les CHU.

1-1-3 Aménagement inadapté du service des UMC :

Selon la majorité absolue de nos enquêtés, soit 11 enquêtés ont évoqué que les structures des UMC du CHU de Bejaia sont tellement exigües par rapport au nombre de patients qui se présentent dans le service des UMC, cela se transforme à un vrai embarras notamment lors des horaires de visite.

Un enquêté révèle, « *...il y a trop de patients qui se présentent au service et l'espace est tellement restreint pour les contenir* ». [IB, 49 ans, n° 11].

« *Nos couloirs et salles d'attentes sont saturés, la population est en constante augmentations, notre service ne peut pas tous les contenir, il faut réaménager la structure* ». [ISSP, 50 ans, n° 15].

Il faut préciser que « L'emplacement des locaux, leurs accès facile ou non, leur distance pour la distribution des soins, sont des facteurs déterminants de la planification d'économie de pas, de déplacements et de temps »⁴

L'observation directe de terrain, nous a confirmé les propos des enquêtés. A titre d'exemple, dans le service de l'observation, nous avons constaté des malades alités au bord des couloirs en attendant d'avoir une place car elles sont toutes occupées. Ils passaient parfois deux nuits avant qu'une place soit libérée.

En conclusion, nous pouvons tirer deux constats.

Le premier, c'est l'exiguïté des structures peut être expliquée par plusieurs déterminants entre autres ; Les structures occupées par le CHU de Bejaia sont inadaptées, elles sont conçues pour être EPH.

Tandis que le deuxième constat, c'est que, les Urgences Médico-chirurgicales sont focalisées au niveau d'une seule structure à savoir ; l'unité hospitalière khellil Amrane, qui est normalement aménagée pour accueillir un public limité comme le cas des autres Etablissements Publics Hospitaliers.

1-1-4- Manque de moyens matériels :

D'après notre enquête, le service des UMC du CHUB enregistre un manque en moyens matériels , nos observations du terrain nous ont déjà indiqué qu'il y a un manque de lits dans les services ou les malades n'arrivent plus à être logés durant les soins , ils sont obligés de les évacuer vers d'autre service pour libérer les places aux patients en attentes, même cas dans chaque service face à l'augmentation de la demande de soins. Sur ce sujet, un des paramédicaux nous a dit que : « ...les lits ne suffisent pas, nous avons trois lits, nous sommes sensés de faire évacuer les patients vers d'autre services... » [ISP, 45 ans, n° 02] un autre ajoute : « ...trois lits qui accueillent proches et patients surtout les moments de visites, c'est vraiment peu... » [ISP, 32 ans, n° 03].

⁴ Lucien Aubere, René Eccli , Clotild Giujazza, *Législation éthique et déontologie, responsabilité organisation du travail*, édition Masson, paris, 1995, p.96.

Dans le même contexte, Nabila dit que : « ...il faut ajouter le nombre de lits pour faire face à la demande croissante... » [IDE, 38 ans, n°05]

« Déjà notre salle possède un lit et une table, avec un seul infirmier qui reçoit un nombre important d'usagers... », Avance son collègue, [IDE, 47 ans, n° 06]
Dans le service de tri, les box sont tellement insuffisants, Fares de sa part nous a dit : « ...un manque de lits surtout dans le service de tri sept box sont insuffisants » [IB, 49 ans, n° 11]

Dans le service de déchoquage c'est encore plus alarmant, c'est un service très sensible qui à besoin de lui porter un intérêt particulier, vu qu'il accueille les cas les plus fragiles et graves, mais face à l'entrée massive des malades à chaque instants, trois lits et les trois systèmes d'accrochage de perfusion ne peuvent plus subvenir aux besoins des usagers,

À ce propos hassina nous révèle : « ... il nous faut au moins trois autres lits et trois autres système d'accrochage de perfusion, vous savez ? Les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après les soins faute de manque de lits... » [IDE, 30 ans, n° 12].

Son collègue ajoute : « ... un seul lit pour une demande assez conséquente ... ». [IDE, 39 ans, n° 14]

Roland Bourdais précisait dans son ouvrage que « ...la pauvreté des moyens matériels, techniques et intellectuels, psychologiques posait problème. Ils souffraient de ne pouvoir offrir aux malades plus de bien être... »⁵

1-1-5- Pression temporelle :

Les Urgences du CHU de Bejaia, sont submergées par les usagers, à chaque instant, de nouvelles entrées de patients qui encombrant les couloirs déjà presque complets, le personnel ne sait ou se donner la tête.

⁵ Roland Bourdais, *Parcours originale d'un soignant en santé mentale*, édition l'Hermattan, paris, 2003, p.27.

Ils s'occupent d'un nombre en un temps record dépassant ses capacités. Un des infirmiers déplore: « *Quand il y a un débordement de patients, chacun aurait besoins d'une prestation de soins spécifique, des soins qui devait se réalisés dans un laps de temps, pour passer aux autres demandeurs qui attendent leurs tour...* » [IB, 49 ans, n° 11].

Un autre nous rapporte que face aux flux de malades lors des heures de visites, le médecin exige d'exécuter les prescriptions dans des délais record tandis que l'infirmier est assommé par d'autres actes : « *...je me sens en mode alerte, le médecin vous submerge de prescription qui doivent être prodiguées le plus rapidement possible et les visiteurs vous mettent la pression...* » [ISP, 51 ans, n° 07] dans le même sillage un autre nous dit : « *...il y a une succession de tâches intenses qui doivent être exécutées dans un temps réduit pour passer à un autre cas, cela me met dans un état d'alerte inimaginable*».

[IDE, 47 ans, n° 06] son collègue le confirme en disant : « *Le nombre du personnel avec lequel je travaille ne suffit pas, il y a trop de tâches à réaliser en même temps et le plus vite possible* » [ISP, 32 ans, n° 03]

Ceci est soutenue par son partenaire : « *Les difficultés rencontrées sont la multiplicité des tâches, que je dois réaliser en même temps (soigner, déplacer un patient d'un coin à un autre...* » [ISP, 45 ans, n° 02]. Selon Madelaine Esterne-Behar « *La pression temporelle élevée, signalée par plus d'un tiers et une atmosphère sociale tendue, signalée par un dixième des infirmiers, sont liés au burn out et au stress* »⁶

1- 2- Les astreintes :

Le personnel paramédical des UMC du CHUB exécutent des actes d'une cadence spectaculaire, à chaque instants ils sont interpelés à réaliser des tâches

⁶ Madeleine Esterne-Behar, op-cit, 1997, p.47

qui dépassent leurs capacités normales ! De ce fait, ils sont amenés à porter, pousser, se tenir debout à longueur de la journée, ce qui engendre des maux physiques et troubles mentales à force de leurs acharnements au quotidien.

1-2-1- Astreintes d'ordre physique :

Quand le personnel paramédical est sous une pression de travail qui dure tout au long de la journée, cela peut provoquer un malaise physique du au fait qu'ils sont tous le temps debout, ou le fait qu'ils portent des patients très lourd ou encore effectuent des activités intense musculaires « *Le travail des soignant(e)s comporte un poids significatif d'activités physiques, les opérations nécessitent des activités musculaires intense, prolongés et répétées* »⁷

Le mal du dos et l'hernie discale revient plus souvent pour la plupart des infirmiers :

Une infirmière souffre d'une hernie discale due au fait qu'elle porte souvent des patients avec une corpulence bien plus volumineuse qu'elle et parfois causé par des gestes exécutés maladroitement en relation avec son travail : « *Oui, je souffre d'une hernie discale, et des fois je fais des faux gestes qui m'infligent une souffrance difficile surtout au port des malades* » [ISP, 25 ans, n° 01], Un collègue à elle ajoute:« *...des fois j'ai mal au dos* ». [IB, 48 ans, n° 09].

Un autre soutient la même idée : « *...j'ai un mal au niveau du dos et les vertèbres* » [IB, 49 ans, n° 11].

Un cas, nous a fais savoir qu'il présentait une pathologie du colon due au stress : « *... J'ai des troubles de colon causé par le stress et un peu mal au cou* ». [ISP, 41 ans, n° 13], un autre nous signale l'apparition des varices provoquées par la position debout : « *... je souffre des varices* » [IDE, 30 ans¹²]

⁷ Aubert, René Eccli, Clotild Giujazza, Op-cit , p.91.

comme c'est le cas d'un autre infirmier qui confirme : « *J'ai des varices, car je suis tous le temps debout* » [ISP, 51 ans, n° 07].

1-2-2- Astreintes d'ordre mental :

Fatigue mentale, stress, troubles de sommeil, oublies, dépassement reviennent souvent dans le vocabulaire de nos enquêtés, c'est une sensation qui parvient de la personne surmenée :

L'un de nos enquêtés nous a dit : « *Non, je ne présente pas de troubles physique mais je suis très stressé* » [IDE, 38 ans, n° 05], Hakim présente des symptômes de troubles de sommeil : « *... je ne dors pas assez* » [ISP, 35 ans, n° 10], Une autre est tellement submergée par le travail qu'elle oublie d'un moment à un autre : « *... des fois il m'arrive de sauter une prescription que mes collègues me font tout de suite connaître, ou je me trompe de patient, au lieu de lui faire un soin suivant son cas je lui fais celui d'un autre patient tellement que je suis surchargée...* » [IDE, 30 ans, n° 12].

Un autre présente des difficultés de concentration dans son travail : « *... je me sens dépassé dans mon travail il m'est difficile de me concentrer sur plusieurs actions à la fois* » [IB, 49 ans, n° 11].

La multiplication des tâches peuvent aussi réduire la capacité de traitement de l'information du paramédicale causé par la quantité énorme de concentration sur différents soins pour différents patients : « *Les difficultés rencontrées sont la multiplicité des tâches, que je dois réaliser en même temps (soigner, déplacer un patient d'un coin à un autre tout seul quelques fois, et même jouer le rôle d'un psychologue, trois (03) malades à la fois, donc trois soins différents des fois je me sens embrouillé dans ma tête* » [ISP, 45 ans, n° 02].

La pression due à la succession sans arrêt de travail, provoque une sorte d'alerte dans la tête des paramédicaux, l'un d'eux nous dit : « *...il y a une succession de tâches très intense qui me met dans un état d'alerte incroyable* » [IDE, 47 ans, n° 06]

Son collègue le confirme aussi : « ...comme vous pouvez le constater je fais les va et vient sans arrêt pour m'occuper des trois malades, ça me met dans un état de pression énorme » [ISP, 32 ans, n° 03], selon la même personne : « ... il y a trop de tâches à réaliser en même temps ». Il faut savoir que « La fatigue qu'elle soit perçue comme une sensation physique ou un sentiment psychique, joue un effet pleinement son rôle de sonnette d'alarme et prévient un sujet désabusé ou surmené... »⁸

1-2-3-Astreintes d'ordre social :

Une charge de travail intense peut provoquer des dysfonctionnements d'ordre social et relationnel entre collègues et même avec les patients et leurs proches.

C'est dans ce contexte que les infirmiers nous déplorent qu'il y a des conflits entre leurs malades et collègues et même avec leurs supérieurs du à la surcharge de travail : « ... parfois, des conflits entre collègues et médecins se manifestent » [IDE, 38 ans, n° 05], les médecins ne respectent pas l'état physique ou d'esprits des paramédicaux, ils prescrivent en quantité et ajoutent au fur et à mesure ; par ailleurs , les visiteurs et patients ne facilitent pas la tâche des infirmiers car ils sont très exigeants, parfois, ils peuvent aller jusqu'à se bagarrer avec leurs soignants :

« ...le médecin nous submerge de prescription et les visiteurs nous mettent la pression des fois il y a des bagarres » [ISP, 51 ans, n° 07].

Simon landau nous déclare « Les relations plutôt destructives et marqué par l'absence de confiance mutuelle, de soutien et de coopération, élève le niveau de tension et de stress au sein du groupe ou de l'organisation ».⁹

⁸ Ibid, p.11.

⁹ Simon landau, André arsenault, *Stress estime de soi et santé au travail*, éditions PUQ, Québec, 2009, p 61.

Conclusion :

La charge de travail est omniprésente dans les UMC de Bejaia, cet état des lieux, est la conséquence de plusieurs facteurs déterminants dont le personnel est confronté.

Chapitre VI

**Charge de travail,
organisation des soins**

**Et relation soignant-
soigné**

Introduction :

Après l'identification de la charge de travail et à travers le présent chapitre, nous allons tenter de comprendre comment la charge de travail influence l'organisation de la prise en charge des patients dans le service des UMC du CHU de Bejaia et sur la relation qui existe entre l'infirmier et son malade.

1-Charge de travail, organisation des soins :

1-1-Répartition des équipes et organisation des soins:

Savoir gérer le personnel infirmier n'est pas de tout aisé, l'insuffisance de paramédicaux, pousse dans la plupart des cas, les chefs de service à combler le manque ressenti dans chaque service, et cela aboutit à une charge supplémentaire aux soignants.

Selon les propos qu'on a pu récupérer auprès des enquêtés, un problème d'ordre organisationnel a été toujours soulevé. Cette désorganisation est due entre autres, à une mauvaise gestion des équipes soignantes par le médecin chef: « *Dans le service de tri, il y a une organisation moyenne, le seul problème c'est par rapport au chef, notre nombre est de trois infirmiers on s'entraide entre nous, parfois, le médecin chef déplace un infirmier vers un autre service et nous laisse à deux confrontés aux nombres flagrant des patients* » [ISP, 25 ans, n° 01]. Les responsables des services transfèrent en permanence leurs infirmiers qui sont sous leurs responsabilité, pour combler le manque enregistré dans un autre service : « *Le chef de service doit laisser au moins trois infirmiers par service chacun complète l'autre, au lieu d'ajouter du personnel ils transfèrent* » [IB, 48 ans, n° 09].

L'un de nos interlocuteur confirme que les chefs doivent interpeller leurs supérieures hiérarchiques afin de signaler le manque dont souffre leurs services surtout en aide soignants, il nous a fait savoir que ces derniers leurs font gagner du temps en leur évitant de faire les soins simples : « *Les médecins chefs doivent*

signaler qu'il y a un nombre d'effectif très réduit, ils nous prescrivent trop de tâches à faire, on a besoin davantage d'aides soignants pour laisser les tâches qui ne font perdre du temps (bandages, stérilisation...) et s'occuper directement de notre travail » [ISP, 41 ans, n° 13]

Selon Vincent Lemieux déclare sur ce point que souvent dans le service des urgences « *Il y a un climat général de morosité et d'épuisement dans le système de santé, créé notamment par une surcharge de travail des professionnels, et plus particulièrement par des décisions de gestion axés sur le court terme »¹*

1-2-L' espace détermine l'organisation des soins :

Un espace qui facilite les déplacements et conçue pour gagner du temps, favorise certainement une prise en charge de qualité, une connexion mal élaborée entre services ne jouent pas en faveur, ni pour personnel infirmier ni pour les patients.

Un des enquêtés nous rapporte que les espaces du service des UMC, handicape l'organisation des soins, d'où la nécessité de le réaménager. La capacité d'accueil réduite donne des résultats néfastes sur le plan fonctionnel et organisationnel: « *On trouve souvent des difficultés pour s'organiser dans le service vu l'exigüité qui nous handicap*» [IDE, 39 ans, n° 14].

Un autre infirmier nous rapporte que les couloirs et les salles d'attente encombrés infecte le fonctionnement normal du service des UMC: « *Nos couloirs et salles d'attente sont saturés la population est en constante augmentations notre service ne peut fonctionner dans les normes.*» [ISSP, 50 ans, n° 15], un autre évoque la difficulté de gestion des patients : « *...vous savez les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après soins faute de manque de lits, ce qui pose problème les patients tardent*

¹ Vincent Lemieux, *le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, édition PUL, Québec, 2003, p.320

d'être sorties nous causons ainsi de difficultés à gérer les autres... » [IDE, 30 ans, n° 12].

Dans ce contexte Lucien Aubert dit dans son ouvrage « *Il semble que chaque service gère la fraction de chaîne qui lui incombe...ce qui produit des retards, des dysfonctionnements et des énervements qui contribuent largement à dégrader les conditions de travail au sein de chacun des services concernées, mais aussi l'image que chaque service se fait du reste de l'hôpital* ». ²

1-3- Flux des patients et organisation des soins:

Certainement les urgences est la porte d'entrée de l'hôpital la plus fréquentée, cela demande une gestion efficace de la part des responsables et des agents de sécurité, cela aide le personnel soignant à mieux gérer leurs malades mais la réalité du terrain des hôpitaux est tellement loin.

Un infirmier nous a affirmé qu'il y a un manque de contrôle à l'intérieure de service par les agents de sécurité du fait qu'ils laissent entrer tout le monde et provoque un flux considérable d'usagers : « *Les agents de sécurité laissent entrer les civiles sans contrôle, ce qui fait que lors des visites il ya un monde fou qui nous ajoute un stress supplémentaire, j'ai du mal à affronter ce flux de patients qui des fois nous m'adressent des paroles durant mes interventions et sa me déconcentre, il faut doubler le contrôle ici* » [ISP, 35 ans, n° 10].

Pour Alpha Ousmane Barry « *...la gestion du flux des malades et la répartition du personnel en fonction des besoins ne sont pas ce qu'elles devaient être ...* »³.

² Lucien Aubere, René Eccli , Clotild Giujazza, op-cit, p.97.

³ Alpha Ousmane Barry, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne*, édition Karthala, paris, 2004, p.350

1-4-Conflits au travail et organisation des soins:

D'autre nous on parlé de conflits et du laisser aller de quelques praticiens de santé dans le service : « *Les obstacles rencontrés c'est la difficulté d'écoute de quelques infirmiers, il ya des fois une sorte de tension entre nous* » [ISP, 25 ans, n° 01], selon un paramédicale l'excès de l'épuisement amène à des conflits entre les infirmiers et médecins : « *...l'épuisement résultat de la multiplication des tâches et des fois mène à des conflits entre collègues et médecins* » [ISP, 32 ans, n° 03], selon la même personne : « *L'organisation dans le service est un peu difficile, des fois la chirurgie se fait ici et on fait entrer d'autres malades en même temps, et les infirmiers des fois n'écotent pas* ».

L'un des infirmiers évoque aussi le mauvais comportement de quelques agents de garde : « *...les agents garde sont des fois difficiles, ils laissent les malades et repartent* » [IDE, 38 ans, n° 05], les uns évoquent le retard dans la reprise du travail surtout aux alentours de 12 H 00 : « *Il ya quelques disfonctionnements de la part de quelques infirmiers quelques uns tardent de revenir après 12H du coup, le nombre des malades augmente, attendent et cela engendre des conflits déjà le manque d'effectif et ajoutez le retard...* » [ISP, 28 ans, n° 08]. Selon Francesco Borghero, « *... Il y a le conflit entre les infirmiers, les aides soignants et les patients. Ces derniers accusant les premiers de tous les maux, irresponsabilité, corruption, arrogance, brutalité, irrespect...* »⁴.

1-5-Lenteur de l'administration et organisation de soins:

Un paramédical nous a précisé que l'administration tarde des fois à faire les affectations et les fichiers relatifs aux patients engendrant un surplus d'usagers dans les salles d'observation : « *L'administration des fois tarde de faire les*

⁴ Francesco Borghero, *Journal de Francesco Borghero premier missionnaire du dahomey 1861/1865*, édition Karthala, paris, 1997, p.249

affections, et les malades restent en attente en observation et stressent alors on subit des agressions de toutes sortes » [ISP, 51 ans, n° 07].

Il faut dire que dans certains cas, l'administration freine le fonctionnement normal des UMC et le déroulement sein du protocole de soins. Plusieurs opérations nécessitent le consentement des services administratifs, pour l'achèvement des procédures dictées par la réglementation en vigueur. Par ailleurs, la lenteur de ces dits services administratifs accuse un retard, ce qui excite davantage le nombre de patients et d'utilisateurs dont les Infirmiers Urgentistes sont amenés à faire face.

2-Charge de travail et relation soignant-soigné :

Développer une relation de qualité avec son malade est une étape qui contribue à l'accélération de la guérison, pour André Giordan « *La communication et le relationnel sont toujours un complément contribuable à la guérison. La communication thérapeutique à l'instar des gestes technique.* »¹

2-1-Pression Temporelle et relation soignant/soigné :

Pour la majorité des Infirmiers Urgentiste du CHU de Bejaia, la pression temporelle est omni présente. Le volume du travail subit au quotidien infecte d'une manière directe la relation du soignant avec le soigné. Outre, l'occupation en continue, ne leur permet pas de discuter avec les malades et leur familles.

Sur ce porté, un paramédical nous révèle qu'il n'a pas le temps pour discuter avec les malades : « *Non, non, pas de temps pour discuter avec mes patients...* »,

[ISP, 25 ans, n° 01], Dans le même sens un autre infirmier confirme : « *Le temps nous permet jamais de discuter avec les malade.* », [ISP, 25 ans, n° 01].

Il faut dire que la pression temporelle constitue l'un des obstacles qui empêchent le relationnel.

D'après presque la totalité des interrogés, c'est la prise en charge médicale qui prime, ils se sont pas rendu compte de la place occupée par l'aspect relationnel dans la prise en charge correcte du patient. Un Infirmier déclare sur ce sillage avec des grimasse de colère : « *Eh !!!, si nous arriverons à finir les soins recommandés, c'est déjà beaucoup* », [IDE, 56 ans, n° 04].

Un IDE soutient le même propos dit : « *Le temps pour nous est un élément essentiel, une minute peut être décisive pour un patient.* », [IDE, 47 ans, n° 06].

¹ André GIORDAN, Alain GOLAY, Stéphane JACQUEMET, Jean-Philippe ASSAL, *PSYCHOTHÉRAPIES*, Vol. 16,1996, N° 4, pp. 189-193.

Pour conclure, il faut dire que la relation soignant soigné ne peut se concrétiser si on ne lui accorde pas le temps nécessaire. Les Infirmiers Urgentistes exerçant aux UMC du CHU de Bejaia, sont en rupture relationnelle avec leurs patients faute de temps.

Le facteur temps est un élément très utile pour nouer des relations saines avec leurs patients notamment pour établir un diagnostic initial sur le cas du malade : « L'infirmier est confrontée à des injonctions paradoxales il lui est demandé : efficacité, rapidité, technicité, rentabilité et en même temps de prendre soin de la personne malade dans sa globalité. Cette démarche nécessite du temps pour connaître les besoins de la personne, poser les problèmes les diagnostics infirmiers et optimiser le raisonnement clinique infirmier ».²

2-2-Comportement agressif et relation soignant/soigné :

L'ensemble des enquêtés interrogés sur la relation avec leur patients, ont soulevé les problèmes de communication due à l'agressivité de certains patients et usagers. Ils sont entre le four et le moulin, le four de la pression et la charge de travail et le moulin de la violence qu'ils subissent au quotidien. Cet état de fait, complique davantage les relations soignant/soigné.

Sur cette question, un infirmier dit : « On trouve toujours des difficultés avec les patients, ils nous agressent, comme je l'ai dit avant, notre médecin chef a fait l'objet d'une agression par un proche de malade » [ISP, 25, n° 01].

La violence et l'agressivité de certains malades font parties du quotidien des infirmiers chaque jours ne passe sans qu'ils soient violentés par leurs malades : « Certains malades ont un caractère violent et vulgaire, parler avec eux est

² Marie-Claude Daydé, Marie-Luce Lacroix, Chantal Pascal, Eliette Salabaras Clergues, *Relation d'aide en soins infirmiers*, éditions Elsevier Masson, paris, 2011, p.02.

impossible... ». [ISP, 45 ans, n° 02]. Un IU ajoute: « *la relation ne peut exister si les patients et leurs proches sont agressifs envers les soignants* », [IDE, 30 ans, n° 12].

Quatre infirmiers sur quinze seulement ont déclarés qu'ils ont de bonnes relations avec leurs malades : « *Personnellement, je trouve rarement des difficultés* » dit un Infirmier Breveté parmi les quatre, [IB, 48 ans, n° 09].

Au niveau des Urgences pédiatriques, un paramédical souligne l'inexistence de problèmes d'ordre relationnel : « *Nous ne trouvons pas de difficultés au UP car on a affaire avec des enfants* » [IDE, 56 ans, n° 04], un autre nous a dit que leurs malades sont attentifs et rares sont les moments de violence : « *Non, ils sont la plupart du temps attentifs, surtout à nos conseils, rares sont les moments où ils sont agressifs* » [IDE, 47 ans, n° 06].

Nous constatons à travers les propos cités-ci-dessus, que la violence et l'agressivité au milieu des UMC est un phénomène fréquent, notamment dans les Urgences Adultes, cela, provoque une rupture relationnelle entre les professionnels et les usagers. Par conséquent, l'efficacité et la performance des soins de qualité demeurent insatisfaisantes.

Le facteur temps est un élément très utile pour nouer des relations saines avec leurs patients notamment pour établir un diagnostic initial sur le cas du malade. Pour Madeleine Esterne Behar : « *Les agressions à l'encontre du personnel infirmier sont presque exclusivement perpétrés par des patients. Toute fois des cas d'agression ou de violence de la part de membres de la famille du patient ou d'autres membres du personnel de santé ont été signalés* ». ³

³ Madeleine Esterne Behar, op-cit,p.57.

2-3-Education sanitaire :

Notre enquête révèle que les paramédicaux participent rarement à l'éducation de leur patients comme le révèle un paramédical : « *rarement ou je trouve l'occasion de faire passer des messages, je fais l'éducation des malades en leur expliquant comment ils doivent prendre leurs traitements et leur régime* », [ISP, 25 ans n° 01].

Certains paramédicaux trouvent des difficultés de langage pour faire passer des messages de sensibilisation et de prévention, à l'image d'un infirmier qui déplore : « *Oui, de temps en temps, je sensibilise mes malades concernant les prises médicamenteuse, le traitement, le dosage, mais parfois je rencontre des difficultés notamment avec la frange moins instruite dont le message ne passe pas facilement.*» [ISP, 45 ans, n° 02]. En conclusion, les réponses de nos interlocuteurs nous amène à dire que l'éducation sanitaire est parmi les volets délaissés dans le processus global des soins infirmiers au niveau des UMC du CHU de Bejaia, cela malgré son indispensabilité pour garantir des soins de qualité.

L'éducation des malades est une étape très essentielle dans la prise en charge sanitaire, elle permet de conseiller, expliquer tous les aspects de la maladie dans le but de rendre les soins le plus efficace possible. « *L'éducation sanitaire devrait donc avoir pour objectif premier d'éveiller chez chacun le sens de ses responsabilités envers sa propre santé* »⁴

⁴ Marc Neyroud, *Malade notre médecine*? édition l'âge d'homme, paris, 1978 p.95.

Conclusion :

Avoir une organisation adapté et rigoureuse facilite le bon déroulement des soins paramédical en terme de répartition des équipes, espace favorable, maitrise du flux de malades...ect. Aussi pour avoir une relation performante entre le soignant et son soigné, un nombre de paramètres doivent être réunis, entre autres, le temps nécessaire pour une bonne relation et le contenu de la discussion qui valorise l'éducation sanitaire. Ces paramètres sont presque absents au niveau des UMC du CHU de Bejaia faute d'une charge de travail consistante.

Vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses :

Après l'analyse et l'interprétation des résultats, on arrive à l'étape de vérification des hypothèses proposées au début de notre recherche :

La première hypothèse :

« Les Infirmiers Urgentistes de service des UMC du CHU de Bejaia sont confrontés à une charge de travail importante ».

L'enquête réalisée démontre que la plupart des infirmiers urgentistes jugent que leur service est soumis à une charge de travail intense, ils ont expliqué que leur milieu est difficile pour l'exercice de leurs fonctions et perturbe davantage leurs travail, la charge de travail dans ce service est donc confirmée par les propos recueillis.

À partir des résultats obtenus sur le terrain, on peut dire que notre hypothèse : *« Les Infirmiers Urgentistes de service des UMC du CHU de Bejaia sont confrontés à une charge de travail importante »* est confirmée.

-La deuxième hypothèse :

« La charge de travail empêche les infirmiers d'appliquer le diagnostic prescrit et de respecter le protocole de soins ».

L'analyse réalisée au sein des UMC du CHU de Bejaia et les témoignages des infirmiers montrent que la charge de travail empêche les infirmiers à respecter le protocole de soins et d'appliquer le diagnostic prescrit suite à une organisation faible au sein du service. Ces paramédicaux ont révélé que le manque d'organisation provoque une désorganisation des soins infirmiers.

D'après nos résultats, la plupart des soignants nous ont expliqué que l'organisation joue un rôle primordial pour une prise en charge de qualité.

De ce fait, nous avons confirmé l'hypothèse « *La charge de travail empêche les infirmiers d'appliquer le diagnostic prescrit et de respecter du protocole de soins* ».

-La troisième hypothèse :

« *Le cumul des tâches des paramédicaux provoque une altération de la communication entre le soignant et le soigné* ».

Notre enquête a démontré que les infirmiers urgentistes rencontrent des difficultés relationnelles avec leurs patients à cause de la charge de travail qu'ils subissent, car ils ne trouvent plus le temps de connaître leurs malades.

Nous avons constaté que le cumul des tâches provoque une altération dans la relation soignant/ soigné.

Notre enquête a confirmé la dernière hypothèse qui est : « *Le cumul des tâches des paramédicaux provoque une altération de la communication entre le soignant et le soigné* ».

Conclusion

Conclusion générale :

Durant notre enquête dans les services des urgences du CHU de Bejaia, nous avons constaté que les infirmiers urgentistes tout grade confondu travaillent dans des conditions de travail pénibles et stressantes dus à la charge de travail qui règnent dans ces services engendrant une médiocre prise en charge des malades.

Notre analyse a démontré que les infirmiers urgentistes sont soumis quotidiennement à une pression et une charge qui influe sur la qualité de la prise en charge des patients. Ce phénomène est résulté par plusieurs facteurs, à savoir, les conditions défavorables de travail provoquées par le flux de malades et d'usagers, une mauvaise organisation au sein des services, l'exiguïté de l'espace et le manque de moyens matériels. Selon les résultats de notre enquête, le premier déterminant de la mauvaise qualité de soins est stimulé par la charge due aux nombre important d'usagers qui viennent en masse afin de se soigner aux UMC, ainsi au manque de moyens humains (personnel soignant) et en dernier, le déficit en moyens matériels.

De plus, la charge de travail a engendré pour certains de nos enquêtés quelques maladies physique entre autres, l'hernie discale, varices, mal du cou et du dos, en outre, les problèmes d'ordre mental et social.

Enfin, nous avons déduit que la charge de travail existe bel et bien dans le domaine médical, et se répercute négativement sur la qualité des prestations de soins prodiguées aux malades. Cela, empêche les paramédicaux de s'épanouir, de se développer et d'exceller dans leur domaine, et priver les malades d'une qualité meilleure en prestations de soins.

Liste bibliographique

Ouvrages :

- 01- A. Dumont, *Santé sécurité au travail et fonctions publiques*, édition Masson, Paris 2001.
- 02- AUDOUS G. et BARRES R. – *Communication 2 – La communication dans le secteur du sanitaire et social* – Vanves – Editions Foucher – 2005.
- 03-André GIORDAN, Alain GOLAY, Stéphane JACQUEMET, Jean-Philippe ASSAL, *PSYCHOTHÉRAPIES*, Vol. 16,1996, N° 4.
- 04-Antoine LAVILLE, Catherine TEIGER, *Ergonomie et économie du travail. Questions de méthodes*, Cahiers Irep/développement, Grenoble, 1982, n° 3.
- 05-Alpha Ou smane Barry, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne*, édition Karthala, paris, 2004.
- 06-BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. – *Communication soignant – soigné – Repères et pratiques* – IFSI Formations paramédicales – Bréal – Paris – 2007.
- 07- Claire Compagnon et Thomas Sannie, *l'hôpital un monde sans pitié*, édition L'éditeur, 2012.
- 08- Diane Gabrielle Tremblay, *Articuler emploi et famille : Le rôle du soutien organisationnelle au cœur de 03 professions*, éditions PUQ, Québec, 2012.
- 09- Dopper Françoise, *Travail et Santé*, sous direction de Pierre FALZON, Ergonomie, 1^{ère} édition, presse universitaire de France, Paris 2004.
- 10- Ergonomie, pierre FALZON, 2004.
- 11- Francesco Borghero, *Journal de Francesco Borghero premier missionnaire du dahomey 1861/1865*, édition Karthala, paris, 1997.

- 12- Françoise Darses et Maurice de Montmollin, *l'ergonomie (une présentation très accessible et complète de l'ergonomie) le journal des psychologues*, 4^{ème} édition, édition la découverte, paris, 2006.
- 13-Guilheme Perodeau et Denys Coté, *Le virage ambulatoire : Défis et Enjeux*, édition PUQ, Québec, 2002.
- 14- Guy Karnas, Nathalie Delobe, Christian Vanderberghe, *Développement des compétences investissement professionnel et bien être des personnes*, édition presse universitaire de louvain, volume 2, belge, 2003.
- 15 - GOLLAC Michel, 2001 cité par CARRICABURU Danielle et Marie MENORE, *Sociologie de la Santé*, édition Armand, paris 2004.
- 16- Herve Brizon, *Profession aide-soignant*, tome 1, Edition heure de France, Paris, 1995.
- 17- Hugh Monod, Bronislaw Kapitaniak, *Ergonomie*, 2^{ème} Edition, Masson, Paris, 1999.
- 18- HOFFMANN - WILD. E.- A la racine du soin : *Le soin relationnel côté infirmière et côté patient* - SOINS -N°680 - Novembre 2003.
- 19- Jean Luis Funck-Brentano, *Le grand chambardement de la médecine*, Editions Odile Jacob, paris, 1990.
- 20- Lucien Aubere, René Eccli , Clotild Giujazza, *Législation éthique et déontologie, responsabilité organisation du travail*, édition Masson, paris, 1995.
- 21- Madeleine Esterne-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Edition Estem, Paris, 1997.
- 22- MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – *Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné* – RueilMalmaison – Editions Lamarre – 2008.

- 23- Marielle Boissart, *le référentiel de formation infirmière*, édition Lammare, paris, 2013.
- 24- Michel Gollac et Serge Volkoff, *les conditions de travail*, Edition la Découverte, Paris, 2000.
- 25 - Marc Neyroud, *Malade notre médecine_?édition l'âge d'homme*, paris, 1978.
- 26- Michel delacroix, *Rédiger un référentiel professionnelle*, Edulcagri éditions, Dijon, 2001.
- 27-[Marie-Claude Daydé](#), [Marie-Luce Lacroix](#), [Chantal Pascal](#), [Eliette Salabaras Clergues](#), *Relation d'aide en soins infirmiers*, éditions Elsevier Masson, paris, 2011.
- 28- Nathalie LELIEVRE, *Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles*, heures de France, paris, 2003.
- 29- Robert Karasek, *Encyclopédie de sécurité et santé au travail (sous direction de Jeanne Magerstellman)*, Volume 02, 3^{eme} Edition, Edition Anglaise, Genève 2000.
- 30- Roland Bourdais, *Parcours originale d'un soignant en santé mentale*, édition l'Hermattan, paris, 2003.
- 31-Simon landau, André arsenault, *Stress estime de soi et santé au travail*, éditions PUQ, Québec, 2009.
- 32- Suzanne.C.O'Connell Smelter,Brenda Bare, *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie :Brunner Suddarth_*, Volume 01, Edition renouveau pédagogique, Québec, 1994.
- 33- Vincent Lemieux, *le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, édition PUL, Québec, 2003.

Ouvrages de méthodologie :

01-Angers Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Edition Casbah, Alger.

02-Alain Blanchet et al, (sous la direction de François de Singly), l'enquête et ses méthodes d'entretiens, NATHAN, Paris, 1992.

03-DEPELETEAU François, la démarche d'une recherche en sciences humaines, PUL, Québec, 1998.

04-Raphael DESANTI, Philippe CARDON, L'enquête qualitative en sociologie, Edition ASH, Paris 2007.

05-Raymond Quivy et al, manuel de recherche en sciences sociales, 1^{ère} édition, Dunod, Paris, 1998.

06- Mayer Robert et Ouillet Francine. Méthodes et techniques de recherche pour les intervenants sociaux, Boucherville, Gaëtan Morin, éditeur, 1991.

07- ZAGRE Ambroise, Méthodologie de recherche en science sociale, l'Harmattan, Paris, 2013.

Internet:

01- Laurent MUNILLA Consultant-Formateur, page web consultée le 20/02/2016, Charge de travail : pénibilité physique et pénibilité mentale, <http://www.editions-tissot.fr>.

02-sante-medecine.commentcamarche.net.

03-<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>, Consulté le 06/30/2016.

LELIEVRE,N.Définitiondurôlepropredel'infirmier,(www.infirmier.com),Octobre,2006.

04- Virginia HENDERSON (1897 – 1996) – Infirmière américaine à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux.

05- Infirmiers.com – L'observation, une perspective soignante -
[http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votrecarriere/
l-observation-une-perspective-soignante.html](http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votrecarriere/l-observation-une-perspective-soignante.html)

06- L'internaute – Encyclopédie
<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/regard/>

07- Ricoeur (philosophe français) cité par SANTIN A. (praticien hospitalier, service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP) – La relation de soin : une question de confiance ? -
http://www.espaceethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354.

08- Emmanuel KULIMUSHI KARUME, Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité et le rendement des soins (cas de l'hôpital Heal Africa à Goma, Institut supérieur d'informatique et de gestion de Goma - Licence en santé publique 2010, disponible sur :
http://www.memoireonline.com/04/12/5667/m_Impact-de-la-surcharge-du-travail-de-linfirmier-sur-la-qualite-et-le-rendement-des-soins-cas-de33.html

09- KHELIF Houria et SAFI Kawther, Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne (Hôpital Chorfa), Ecole de Formation de Chettia-Chlef, 2009, disponible sur
http://www.memoireonline.com/07/09/2417/m_Limpact-de-la-surcharge-du-travail-infirmier-sur-la-quaite-des-soins2.html

10- Conseil international des infirmiers (1965). Rapport spécial et rapport des commissions présentes au conseil d'administration du grand conseil CII. Francfort, Juin (1965) disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO_TRS_533_fre.pdf.

11- Répertoire mondial des établissements d'enseignements infirmier supérieur (1965). Genève, organisation mondiale de la santé, disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO_TRS_533_fre.pdf.

12- OMS, séries de rapports techniques (5^{ème} rapport), Comité d'OMS d'experts des soins infirmiers, Genève 1966, N° 347, 34 pages. Disponible sur : https://www.google.dz/?gws_rd=cr&ei=U7jqVrb8Foqk6AS4m76ACw#q=Comit%C3%A9+d%E2%80%99OMS+d%E2%80%99experts+des+soins+infirmiers,

13-Dr Rachid CHAÏT, définition de l'ergonomie notion de contrainte et d'astreinte. Tâche et activité, faculté de reims, 2006, disponible sur : medtrav54.free.fr/Dijon_09_06/Reims/def_ergo.ppt

14-Lien entre mortalité et charge de travail infirmière, disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Lien-entre-mortalite-et-charge-de.html>.

15-Article disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Ratio-d-IDE-par-patients-en,466.html>.

16- Linda Silas présidente de la FCSII, Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients, FSC édition, canada, 2012, disponible sur https://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf.

Thèses :

01- ROCHE Lydie, L'impact de la relation soignant - soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire, Soins Infirmiers, Institut de Formation en Soins Infirmiers, 2011.

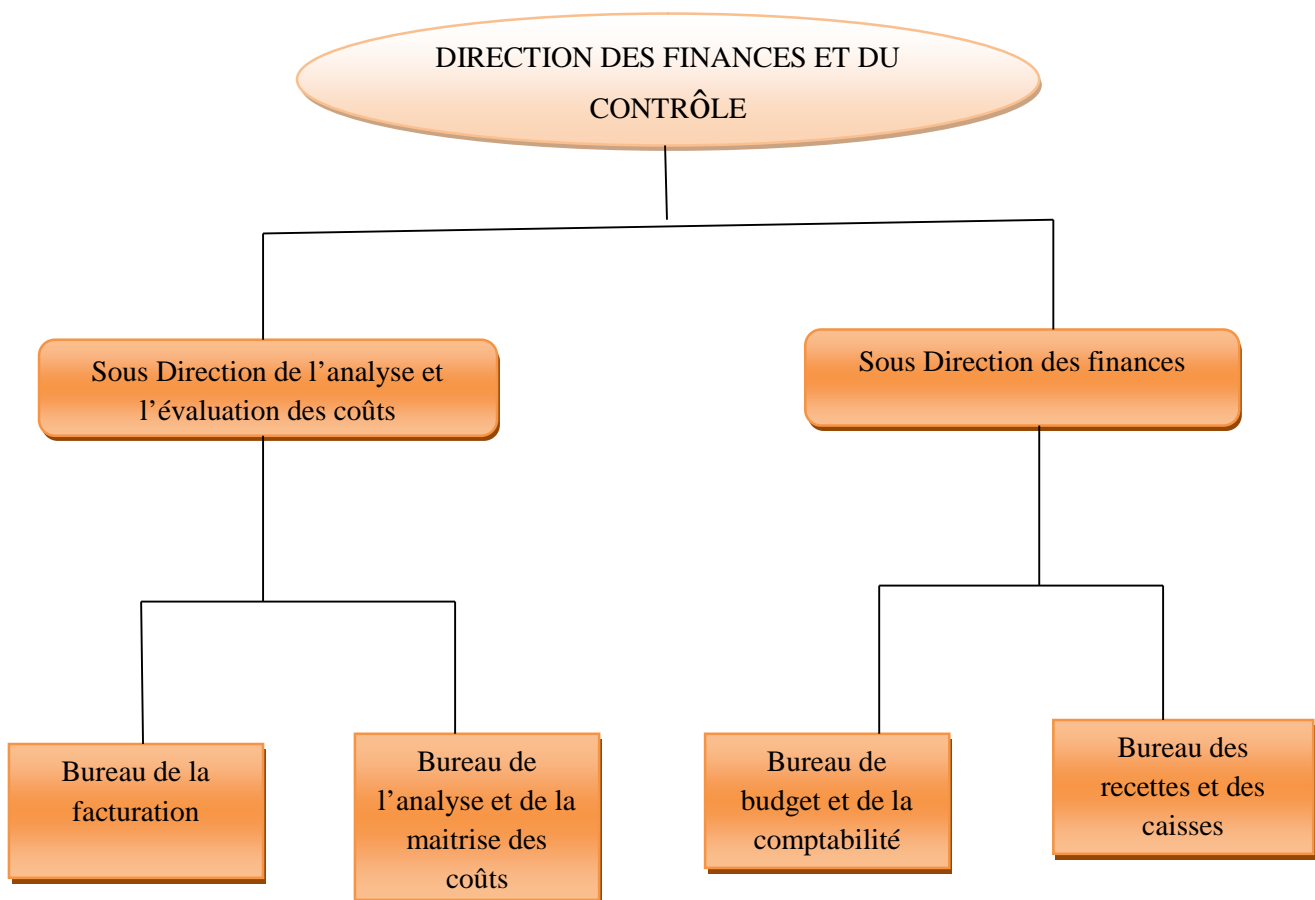
Annexes

Annexes N° 01
Guide d'entretien

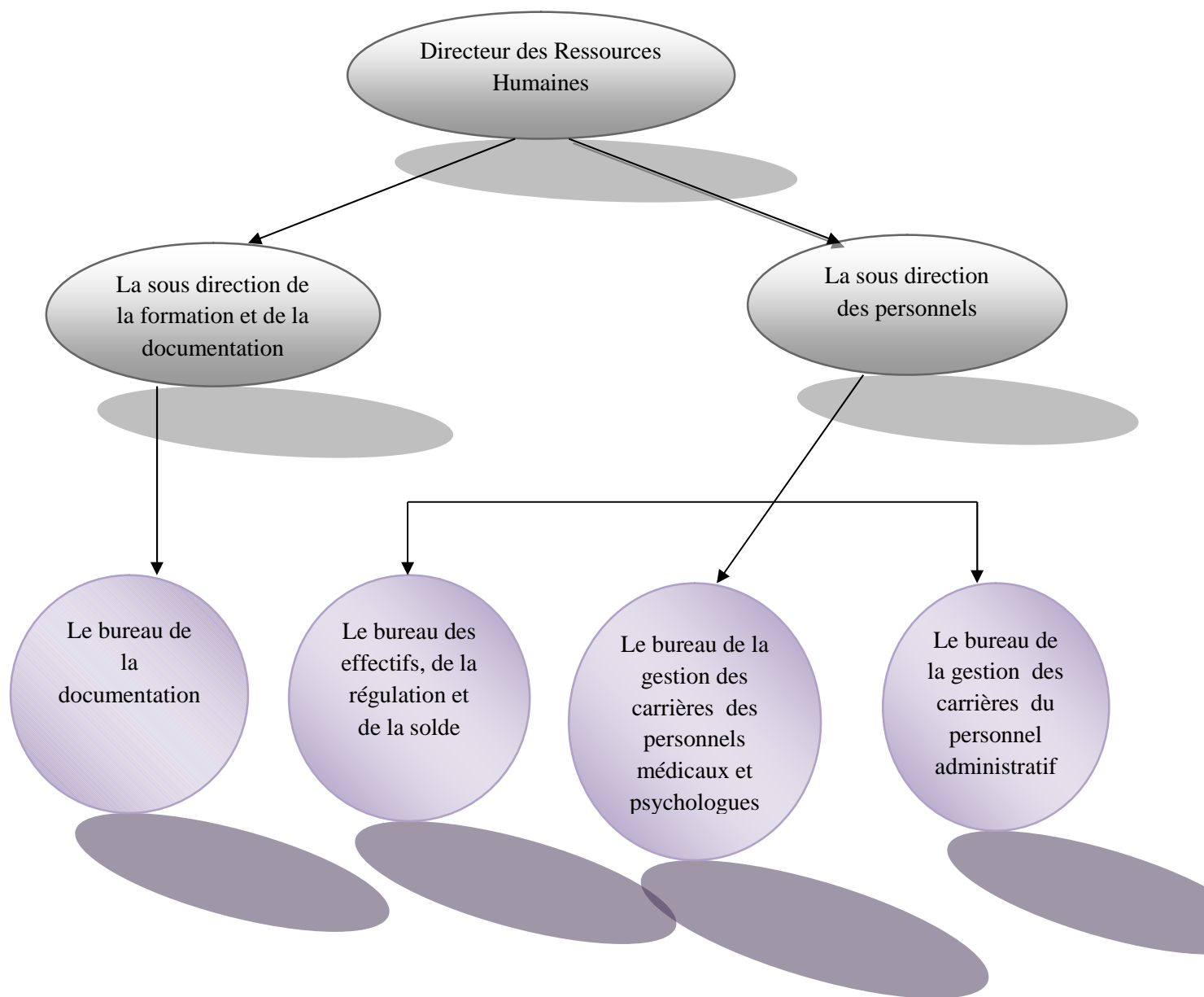
Annexes N° 02
Annexe du CHU de Bejaia

Annexes N° 03
Annexe du CHU de Bejaia

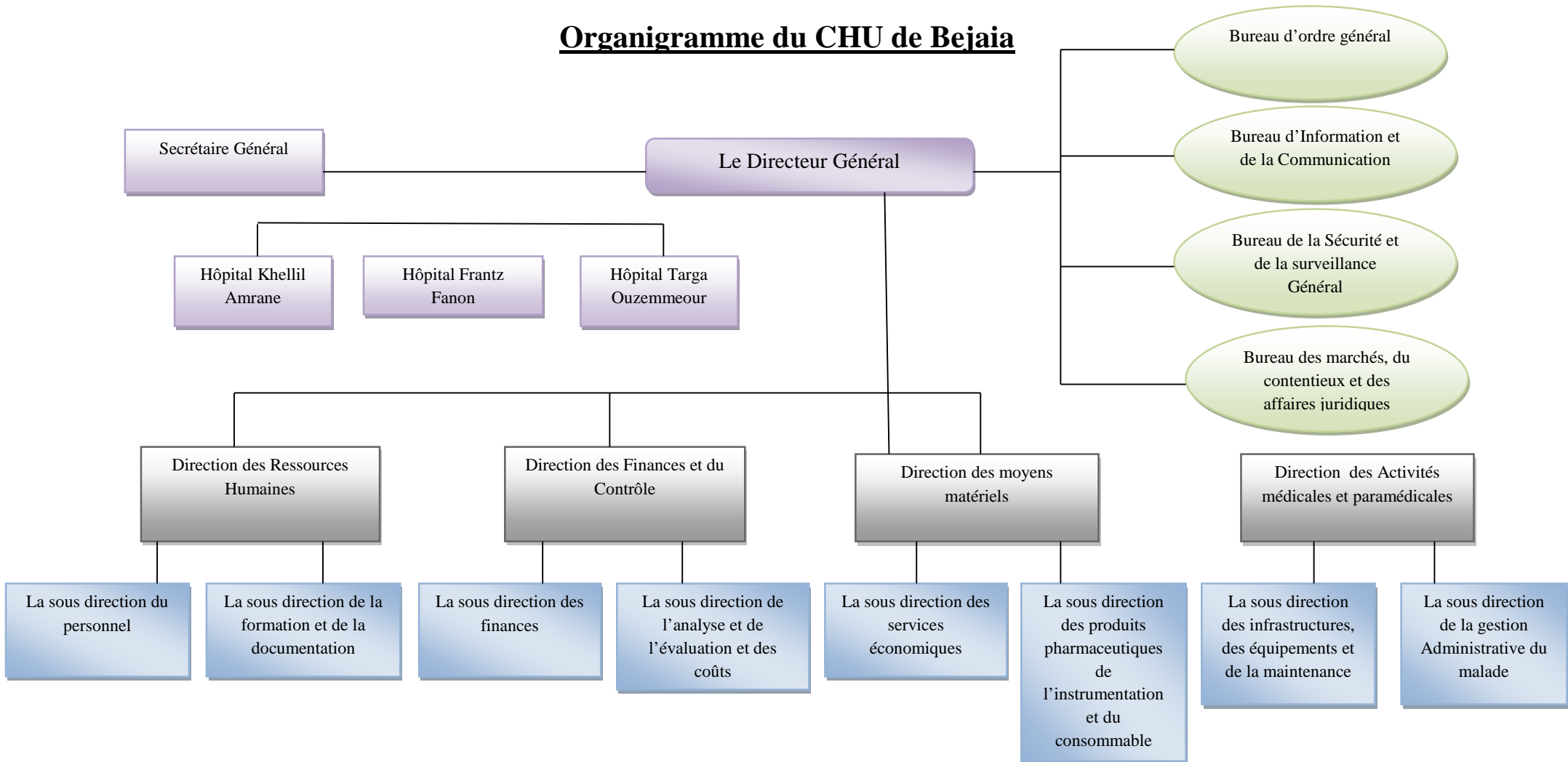
Organigramme de la Direction des Finances et du Contrôle



Organigramme de la Direction des Ressources Humaines



Organigramme du CHU de Bejaia



GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de notre formation universitaire en Sociologie de la santé, nous sommes amenés à réaliser un mémoire de fin d'étude abordant le thème de **L'impact de la charge de travail sur la qualité des soins infirmiers « Cas des infirmiers urgentistes du CHU de Bejaia »**.

Afin de contribuer à la réalisation de ce travail, nous vous prions de collaborer en répondant aux questions de ce guide. Nous vous assurons que les informations fournies restent anonymes. Nous vous remercions par avance de votre participation.

I-IDENTIFICATION DES ENQUETES :

01/-Sexe : -Masculin -Féminin

02/- **Catégorie d'âge:**

03/-**Situation familiale :**

04 /-**Grades:**

-IB - IDE -ISP -ISSP -IMSP

5/-**Expérience professionnelle :.....**

6/- **Ancienneté dans le service des UMC :.....**

SECTION I : Identification de la charge de travail au sein des UMC du CHU de Bejaia.

7/-Trouvez-vous qu'il y a une charge de travail dans le service où vous travaillez?

8/ -Pouvez-vous la décrire ?

9/- Combien de malades recevez-vous par jour ?

10/-En quelle période enregistrez vous plus de malades ?

11/- Sentez vous un dépassement pour faire face au flux de malades ?

12/ - Trouvez-vous des difficultés pendant l'accomplissement de vos tâches ?

13/- Quelles genres de difficultés que vous trouvez ?

14/-Souffrez-vous des troubles physiques (dos, cou, épaules, varices...ect.) ?

15/-Souffrez-vous de troubles mentales ?

16/-Quelle est la pathologie dont vous êtes déjà victime ?

SECTION II : Impact de la charge de travail sur l'organisation des soins infirmiers et la prise en charge de qualité.

17/-Trouvez vous des difficultés organisationnelles dans votre travail ?

18/- Quel genre de difficultés que vous rencontrez ?

19/-Est ce que le service où vous travaillez enregistre des décès, résultat d'une mauvaise surveillance due à la charge de travail ?

20/-Pouvez-vous nous décrire la scène ?

21/-Durant la consultation médicale, participez-vous au diagnostic du malade ?

22/-Finalisez-vous la prise en charge d'un patient avant de passer à un autre ?

23/- Réalisez- vous une surveillance rigoureuse des malades ?

24/-Respectez-vous les étapes prescrites aux soins ?

25/- Pensez- vous que la charge de travail engendre des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des patients ?

SECTION III : La charge travail et son impact sur la relation soignants- soignés

26/- Comment définiriez vous la relation soignant soigné ?

27/-Trouvez vous un espace de temps pour discuter avec les patients ?

28/-Selon vous, quelles sont les éléments les plus appropriés qui interviennent dans votre relation avec le patient ? Pouvez-vous les expliquer ?

29/-Faites-vous l'éducation des malades concernant, la maladie, le traitement, le régime ?

30/- Trouvez-vous des difficultés dans la relation soignant-soigné ? Si oui, quel genre de difficultés ?

31/-Remarquez- vous que la charge de travail a des conséquences négatives sur la performance de l'infirmier, sur le rendement de son travail et sur sa santé ? Si oui, citez les principales conséquences ?

32/-Est- ce que vous êtes satisfait(e) de la qualité des soins que vous la dispensez aux malades ? Si non, pourquoi ?

33/- Selon vous, est- ce que les patients sont satisfait(e) de la qualité des soins que vous leur dispensez? Si non, pourquoi ?

34/-Notez-vous des changements au fil de la journée dans votre relation avec les malades ? Si oui, quels sont-ils ?

35/- Notez-vous des changements au fil du temps d'expérience dans votre relation avec les malades ? lesquels ?

36/- A votre avis que suggérez- vous en vue de résoudre le problème de charge pour l'amélioration de la qualité des soins?

37/-Voulez-vous ajouter quelque chose ?

I. PRESENTATION DU CHU DE BEJAIA:

Des efforts indéniables ont été déployés pour la création d'un CHU à Bejaia. Celui-ci est aussi une nécessité et un facteur fondamental du développement en tant que projet structurant qui permettra à notre wilaya de retrouver sa place de capitale du savoir et du progrès scientifique.

Cependant il est nécessaire de rappeler les conditions qui ont accompagné sa concrétisation pour une meilleure visibilité de son évolution et une objectivité de l'évaluation de son développement.

1. **CREATION :** Le Centre Hospitalo-Universitaire de Bejaia a été créé par le décret exécutif N° 09-319 du 06.10.2009.

Les structures hospitalières qui le composent aujourd'hui, sont celles composant l'Ex secteur sanitaire de Bejaia réorganisées ensuite, avec la mise en place de la nouvelle carte sanitaire depuis janvier 2008 en EPSP, EPH et EHS.

Le CHU de Bejaia est le fruit de différentes réorganisations des structures hospitalières en un temps très réduit. De l'organisation en secteur sanitaire jusqu'à 2007, à l'organisation en EPH et EHS de 2008 à 2009 et enfin en CHU à partir de 2011, sachant que les missions de ces établissements sont différentes. Cette transition de l'organisation du secteur sanitaire, à celles de l'EPH et ensuite CHU, s'est traduite par des changements profonds dans le fonctionnement, l'organisation, la vocation et la diversité des activités et des missions assignées. D'où l'inadaptabilité des structures actuelles (EPH) aux missions du CHU notamment, les soins de haut niveau, la formation et la recherche. Ajouter à cela, l'étendue de la carte géo-sanitaire à couvrir ainsi que les soins intermédiaires qui relèvent de la compétence des EPH et qui sont aujourd'hui assurés par le CHU.

2. **LA COMPOSITION :** Le CHU de Bejaia est un CHU à unités éclatés. Il est composé de trois (03) unités hospitalières, d'un (01) Centre de Transfusion Sanguine (CTS) et d'un (01) SAMU ;

A)- **HOPITAL KHELLIL AMRANE :**
L'unité hospitalière Khellil Amrane siège du CHU, est composée de 05 services d'hospitalisation, un (01) service des urgences médicochirurgicales, une (01) unité des urgences pédiatriques et un plateau technique comprenant (laboratoire, bloc opératoire, imagerie médicale, exploration médicale et pharmacie). Hôpital de type 240 Lits monobloc, mise en service depuis 1990.



B)- HOPITAL FRANTZ FANON : L'unité hospitalière Frantz Fanon est composée de 07 services d'hospitalisation, un (01) service de médecine légale, un (01) service de médecine du travail, un (01) service d'anatomo-cyto-pathologie, un (01) hôpital de jour d'hématologie et d'un (01) plateau technique (Laboratoire, bloc opératoire, radiologie, exploration médicale et pharmacie). Type pavillonnaire de l'ère coloniale.



C)- HOPITAL TARGA-OUZEMOUR : L'unité hospitalière Targa Ouzemour est composée de 03 services d'hospitalisation et d'un plateau technique (Laboratoire, bloc opératoire, échographie, colposcopie et pharmacie). . Type maternité urbaine de 64 Lits monobloc mise en service en 1990.



D)- LE CENTRE DE WILAYA DE TRANSFUSION SANGUINE(CWTS) : Il assure la couverture des établissements de santé (publics et privés) de la wilaya en matière d'approvisionnement en produits sanguins et dérivés.

E)- LE SAMU : Il dessert la circonscription géo-administrative de la wilaya de Béjaia en matière de transport sanitaire médicalisé des malades et assure des interventions de secours dans toutes les situations d'urgence.

3. SERVICES MEDICAUX PAR UNITE HOSPITALIERE :

Structures	Services	Nbre lits
Unité hospitalière Khellil Amrane	Chirurgie Générale	44
	Chirurgie orthopédie traumatologie	32
	Neurochirurgie	32
	Médecine interne	56
	Pédiatrie	28
	Chirurgie pédiatrique	12
	Réanimation	10
	Urgence médico-chirurgicale Urgence pédiatrie	17
	Plateau technique : Laboratoire, Pharmacie, Imagerie Médicale, Mammographie, Echo Doppler, Echographie, Echo cardiologie, angiographie, Laser, EFR, ECG, Bloc Opérateur.	/
Unité hospitalière Frantz Fanon	Ophtalmologie	16
	ORL	14
	Maxillo-faciale	10
	Pneumo-phtisiologie	32
	Psychiatrie	26
	Néphrologie hémodialyse	16
	Maladies infectieuses	14
	Médecine légale	/
	Médecine du travail	/
	Hématologie	/
	Anatomo-cyto-pathologie	/
Plateau technique ; Laboratoire, Pharmacie et Bloc opératoire et radiologie.	/	
Unité Targua Ouzemour	Gynéco-obstétrique	38
	Maternité	34
	Néo-natologie	17
	Plateau technique ; Bloc opératoire, échographie, colposcopie, laboratoire et Pharmacie.	/

II- EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES :

L'effectif total du CHU est de **1334** employés dont **301** contractuels au **31/12/2015**. En matière de recrutement, le bilan pour l'année 2015 se présente comme suit;

Corps	Effectif au 31.12.2015	Départ 2015	Recru. 2015	Effectif au 31/12/2015
Hospitalo-Universitaires : - Professeurs	02	00	00	02
- Maitre de conférence	04	00	00	04 (*)
- Maitres assistants	24	00	02	26
-				
Praticiens spécialistes (toutes spécialités).	95	08	11	98
Praticiens médicaux généralistes	78	13	06	71
Auxiliaires médicaux anesthésie-réanimation	29	01	02	30
Sages femmes	39	04	05	41
Manipulateurs de radiologie	22	02	02	22
Laborantins	33	01	03	35
Soins infirmiers (Toutes spécialités et grades confondus).	357	16	64	405
Psychologues cliniciens	04	00	04	08
Biologistes	05	00	06	11
Administratifs	112	05	12	119
Techniques et de services (Tous les grades confondus).	150	05	00	145
Contractuels	147	05	154	296

(*) Sur les quatre (04) maitres de conférences, deux sont détachés de Blida et non comptabiliser dans l'effectif total.