

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 sciences sociales

Option : Sociologie de la Santé.

Thème :

La charge de travail des infirmiers et la qualité des soins

Cas du service Urgences Médicales et Chirurgicales du CHU de Bejaia

Réalisé par :

M^{elle} ABDELOUHAB Souad

Encadré par :

D^r LANANE Massika

Promotion 2017-2018

Remerciements

Je remercie Allah qui m'a éclairé le chemin du savoir et m'a donné force et patience.

Mes remerciements et reconnaissances vont à :

- ❖ Mon encadreur D^r LANANE Massika, pour son suivi et pour tous ses conseils.*
- ❖ Tout le personnel soignant du service des Urgences médicales et chirurgicales de l'unité hospitalière Khellil AMRANE de Béjaia.*

Dédicaces

Je dédie par ce travail l'expression de ma reconnaissance et d'amour à la personne qui m'a mis au monde et a fait de son mieux pour me soutenir et embellir mes jours.

« Maman »

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Liste des tableaux

Liste des figures.

Liste des abréviations

Introduction générale

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche.

1. Problématisation de l'objet d'étude

- 1.1. Raisons du choix du thème.....05
- 1.2. Objectifs du choix du thème.....05
- 1.3. Les études antérieures.....06
- 1.4. La problématique.....08
- 1.5. Les hypothèses.....11
- 1.6. Définition des concepts clés.....12

2. La méthodologie de la recherche

- 2.1. Présentation de l'établissement d'étude.....14
 - 2.1.1. Présentation et bref historique.....14
 - 2.1.2. Missions du Centre Hospitalo-universitaire.....15
 - 2.1.3. Les objectifs du Centre Hospitalo-universitaire.....17
 - 2.1.4. Les services des soins du CHU de Bejaia.....17
 - 2.1.5. Description du lieu de stage.....17
- 2.2. Les étapes et technique de la recherche.....19
 - 2.2.1. La pré-enquête.....19
 - 2.2.2. L'enquête.....20
 - 2.2.3. La population d'étude.....20
 - 2.2.4. La méthode adoptée.....25
 - 2.2.5. La technique de recherche.....25
- 2.3. Le protocoles de la recherche.....27

Chapitre II : Le travail infirmier et la charge de travail

1. Le travail infirmier.

- 1.1. Définition de l'infirmier.....29
- 1.2. La description législative du travail infirmier en Algérie.....30
- 1.3. Le rôle de l'infirmier..... 32
- 1.4. La performance du travail infirmier.....33

2. La charge de travail.

- 2.1. Définition du concept charge de travail.....34
- 2.2. Un modèle de compréhension des facettes de la charge de travail..35
- 2.3. Les dimensions de la charge de travail.....38
- 2.4. Les facteurs déterminants la charge de travail.....40
- 2.5. La charge de travail, un concept interdisciplinaire.....42
- 2.6. La charge du travail infirmier.....45

Chapitre III : La qualité des soins

1. Les soins infirmiers.

- 1.1. Définition.....49
- 1.2. Historique des soins infirmiers.....51
- 1.3. Les dimensions des soins infirmiers.....52

2. La qualité des soins.

- 2.1. Définitions.....53
- 2.2. Les impératifs de la qualité des soins.....54
- 2.3. Les dimensions de la qualité des soins.....55
- 2.4. Les types de la qualité des soins.....57
- 2.5. Les critères de la qualité de soins.....59

Chapitre IV :Analyse et interprétation des résultats.

1. La charge de travail et rendement des infirmiers	
1.1. La charge de travail au service des urgences	
a. La perception des infirmiers sur la charge de leur travail.....	63
b. L’infirmier face au flux de malades et aux conditions de travail.....	64
c. Les effets de la charge de travail sur les infirmiers	66
1.2. Le rendement des infirmiers urgentistes	
a. Organisation et gestion de temps au service des urgences.....	68
b. L’intensité de travail, rendement et performance de l’infirmier	71
2. L’apport professionnel de l’infirmier et qualité des soins	
2.1. Le rôle du travail infirmier dans les soins.....	73
2.2. La qualité des soins et prise en charge des patients.....	76
2.1 L’attention accordée aux patients lors des soins.....	76
2.2 La relation soignant-soigné et l’éducation sanitaire.....	78
2.3 La qualité des soins et sécurité des patients.....	80
3. La vérification des hypothèses.....	83
Conclusion générale	
Les références Bibliographiques.	
Les annexes.	

Liste des tableaux

N°	Titre	Numéro de Page
01	Répartition des infirmiers des UMC selon le grade.	21
02	Caractéristiques de la population de l'étude	24

Liste des figures

N°	Titre	Numéro de Page
01	Répartition des infirmiers des UMC selon le sexe.	22
02	Modèle d'analyse de l'activité des données sur les types de la charge de travail	37
03	Les facteurs déterminants de la charge de travail	41
04	Champs d'activités du personnel soignant	46
05	Représentation schématique des soins infirmiers	50

Liste des abréviations

- **ASSP** : Aide-soignant de santé publique.
- **CHU** : Centre hospitalo-universitaire.
- **IDE** : Infirmier diplômé d'état.
- **IS** : Infirmier Spécialisé.
- **ISP** : Infirmier de Santé de Publique.
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **UMC** : Urgences médicales et chirurgicales.

INTRODUCTION

Introduction générale :

Dans son travail, le fonctionnaire supporte une charge reliée au contexte des exigences de ses missions pour laquelle interviennent de multiples éléments, leurs interactions rendent difficiles l'appréciation objective de son rendement. L'excès de charge génère des conditions de travail dépassant parfois ses capacités individuelles. Les nouvelles formes d'organisation et de management, les nouvelles technologies, une intensification et une densification du travail dans des systèmes de gestion et d'organisation très concurrentiels, renforcent l'aspect de charge liée au travail comme facteur de risque à double effet entre le bien être du fonctionnaire et sa performance.¹

Cela représente l'un des éléments principaux dans de nombreux secteurs d'activité, en l'occurrence celui de la santé. Les responsables et les dirigeants d'organisations adoptent une gestion visant à augmenter le rendement pour éclairer leurs décisions en matière de programmation et de financement des soins. Les paramètres de rendement aident à suivre la qualité des soins, en vue de promouvoir la santé.

Le travail infirmier et ses lourdes responsabilités est en principe exceptionnel, il manifeste le besoin de prendre en compte, les impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et doit être justifié par la nécessité d'assurer la continuité des soins. C'est pourquoi il est important de le soumettre à un système de gestion visant à équilibrer entre les capacités professionnelles et demandes de service.

la tâche infirmière constitue une partie structurale dans le domaine de la santé, elle est reliée à la qualité des soins et aux objectifs visés de l'établissement hospitalier.

Dans son métier, l'infirmier n'est jamais confronté à la situation type prévue par la prescription. La situation qu'il rencontre est toujours particulière et c'est en face de ces particularités que se déploie sa contribution propre. L'innovation en santé nécessite la participation active du personnel infirmier et des autres personnels de soins, vu leur

¹Stéphanie COEUGNET et autres, Le travail humain, Edition Presses universitaires de France, 2011. P50

apport à l'amélioration de la prestation du service en leur accordant une autonomie suffisante pour travailler au maximum de leurs compétences.

La qualité des soins dans le travail infirmier est un sujet important qui reflète les pratiques professionnelles et les degrés d'implication, de rendement, et de performance de ces fonctionnaire, mais il est nécessaire d'appréhender ce sujet en le mettant au cœur de la charge du travail existante pour comprendre leur liaison et agir en fonction des objectifs prévus.

Ce discours constitue le fond de notre problématique, dont l'enquête est effectuée au sein du service des Urgences Médicales et Chirurgicales du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) Khellil AMRANE de Bejaia.

Ce présent travail est structuré de quatre chapitres à savoir :

1^{er} chapitre : Le cadre méthodologique de la recherche.

2^{ème} chapitre : Le travail infirmier et la charge du travail.

3^{ème} chapitre : La qualité des soins.

4^{ème} chapitre : Analyse et discussion des résultats de la recherche.

CHAPITRE I

Le cadre méthodologique de la de recherche

Introduction :

Le contenu de ce chapitre présente les étapes de notre recherche, commençant par les raisons qui nous ont motivés à choisir ce thème ainsi que les objectifs qui y sont convoités, et pour renforcer la base théorique de notre thème, nous avons illustré quelques études antérieures qui y sont en relation, puis nous avons entamé la formulation de la problématique et émis les hypothèses de recherche. Et en fin avec la définition des concepts essentiels. En ce qui concerne la deuxième partie de ce chapitre elle a été consacrée à la présentation du lieu d'étude, la population d'étude puis la démarche et les étapes suivies dont les techniques et outils de recherche.

1. Problématisation de l'objet d'étude :**1.1. Les raisons du choix du thème :**

- La volonté de savoir et d'approfondir nos connaissances par cette étude sur la perception de la charge de travail et sur le rendement.
- Comprendre la qualité des soins et avoir une idée sur le travail d'infirmier.
- Avoir une expérience dans le secteur sanitaire et la vie professionnelle à l'intérieur d'un établissement hospitalier.
- C'est un thème à multiples dimensions qui se rapporte à la santé, à la sociologie et au travail et en met une relation entre les objectifs des professionnels de la santé, les besoins des patients au milieu des données organisationnelles.

1.2. Les objectifs du choix du thème :

- Découvrir la réalité et la nature de la charge du travail infirmier au sein de l'établissement hospitalier.
- Montrer la répercussion de la charge de travail sur les motivations, les objectifs et l'organisation du travail des infirmiers et leur performance.
- Mettre en pratique mes connaissances théoriques.
- Cerner les déterminants qui sont plus importants dans la qualité des soins.
- Montrer le rapport entre la charge de travail par ses différents types et la qualité des soins offerte.

1.3. Les études antérieures :

1^{ère} étude : 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)

L'étude a été réalisée au niveau des multiples services constituant l'hôpital de HEAL AFRICA de Goma au Congo, par Emanuel KULIMUCHI KARUM en 2010,

Il a été constaté l'existence d'une importante charge de travail infirmier qui selon l'étude a un impact néfaste sur la qualité des soins et la prise en charge des patients. Cela est essentiellement dû au nombre inférieur d'infirmiers par rapport à celui des malades, ce qui empêche ces derniers de réaliser toutes leurs tâches convenablement tel que s'occuper de l'accueil, communication, éducation et le suivi des horaires de traitements.

Cette étude a réalisé principalement les résultats suivants :

- 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 y a altération de la communication entre le soignant et le soigné ce qui engendre une certaine méfiance vis à vis des deux protagonistes.

Pour cela, la plupart des infirmiers ne sont pas satisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent aux malades, vu les effets négatifs de la surcharge sur les soignés.²

²Emmanuel KULIMUCHI KARUM, 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 07/02/2018 à 21h14.

2^{ème} étude : L'impact de surcharge du travail infirmier sur la qualité des soins (Hôpital de Chorfa).

SAFI Kawther et KHELIF Houria ont réalisé cette recherche en 2009, portant l'impact de la surcharge de travail infirmier sur la qualité des soins, l'étude pratique a été effectuée au service de médecine interne de l'hôpital de Chorfa à Chlef.

Elles ont choisi d'interroger 14 infirmiers, qui représentent leur échantillon, en utilisant le questionnaire, les résultats obtenus sont principalement :

Le personnel infirmier, 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 désinfection pendant le déroulement des soins et l'hygiène des malades qui jouent un rôle clé dans le pronostic vital des patients en favorisant des complications graves, et aussi une altération de la communication et du côté relationnel entre soignant et soigné.

En se référant aux deux études précédemment citées, il est bien clair que la surcharge de travail infirmier a un effet sur la qualité des soins, par la diminution de l'efficacité dans la prise en charge du malade vue que la charge de travail constitue une pression constante pour l'infirmier.³

³KHELIF 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 07/02/2018 à 21h14.

1.4. La problématique :

Travailler, c'est agir pour assurer sa survie et son confort sur les plans matériel et intellectuel, l'homme se rend et se sent ainsi utile, il est acteur de la vie sociale et économique. Le travail occupe une place importante dans la vie de beaucoup de gens, il peut être à la fois source de satisfaction de bien-être et de réalisation de soi comme aussi source de tension et de frustration, cela dépend des exigences existantes au milieu du travail.

C'est pourquoi la sphère professionnelle est souvent une source d'intérêt multidimensionnel, ce qui a trait aux causes d'apparition de plusieurs phénomènes et aux nombres de concepts, travaux scientifiques et théories qui s'y intéressent, à noter aussi les pratiques de gestion qui tentent d'assurer l'équilibre entre les exigences du travail, l'accomplissement des tâches conditionnées, et le bien être des employés.

Cependant, les mutations qu'a connu le monde du travail ont engendré de profondes évolutions dans l'organisation d'une part, et dans les conditions de travail de l'autre part, qui ont permis l'émergence du concept de la charge de travail.

Le thème de charge de travail n'est pas seulement une question de quantité mais aussi de cohérence.

« La charge et l'intensification au travail n'ont fait que s'accroître au cours des vingt dernières années, et retiennent indéniablement sur la santé des salariés et empêchent 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 d'une manière plus rapide mais non plus adaptée à leurs spécificités personnelles. »⁴

Et comme d'autres domaines de service, celui de la santé témoigne de considérables efforts déployés par les professionnels de ce secteur dans le but d'adapter le système de santé aux besoins de la population en matière de soins et de prise en charge en dépit des conditions de travail, des moyens possédés et la charge existante .

⁴ Danielle CARRICABURU et Marie MENORE, Sociologie de la santé, Edition Armand, Paris 2004, P 156

«Les professionnels de santé tentent de répondre au mieux aux besoins de la population en garantissant sa sécurité et une qualité des optimales des soins. »⁵

Au carrefour des exigences de performance qui s'imposent à l'établissement de santé et à ses professionnels médecins et infirmiers, la problématique de la charge de travail, du rendement et qualité des soins et service se développe dans les dimensions de besoins de coûts, qualité, délai et ressources d'une part et la capacité d'effectifs leur motivation, compétences et disponibilité d'une autre part, déployés pour atteindre les objectifs.

La qualité et la continuité des soins sont des préoccupations majeures des centres et établissements de santé, les experts cherchent des indicateurs fiables pour mettre en place des mécanismes d'amélioration pour un meilleur rendement, tout le personnel de l'hôpital recherche cet idéal. Les infirmiers en raison de leur position de plaque tournante des soins, d'interface entre le malade et le système médical et administratif est particulièrement impliqué dans le grand objectif de la qualité des soins.⁶

L'exercice du métier infirmier, nécessite une grande résistance physique et morale, patience, discrétion, sens de responsabilité et une grande motivation et engagement professionnel. L'infirmier a l'initiative des soins, organise leur mise en œuvre et procède à leur évolution.

Toutes les tâches accordées aux infirmiers constituent une charge importante en plus des facteurs physiologiques et psychologiques du métier paramédical, et des conditions de travail difficiles peuvent mener le personnel infirmier à ne pas assurer un meilleur rendement, voir une baisse de la performance et la qualité des soins serait plutôt insatisfaisante.

⁵Claire COMPAGNON et Thomas SANNIÉ, L'hôpital un monde sans pitié, L'EDITEUR, 2012, P23

⁶Margot PHANEUF, Inf. PhD. La qualité et la continuité des soins. Conférence prononcée dans le cadre du congrès de Coimbra, Portugal, février, 2005. Consulté le 23/01/2018 à 22hsur :

http://www.infiressources.ca/bd/recherche/infiressources_documents/Qualite_continuite_soins.pdf .

Le niveau du rendement des infirmiers dans leur travail est estimé par rapport à la lourdeur des cas, à une charge de travail importante et à un travail prenant.

Les situations difficiles créant de l'intensité sont liées aux patients et à leur travail au même temps.

L'indicateur principal de charge est donc l'évolution de l'activité vers un mode dégradé. Comme le dit Yves Clot « *Ce qui pèse au travail, la charge, c'est moins ce qu'on fait que ce qu'on ne fait pas, que ce que l'on n'arrive pas à faire* ». ⁷

A l'instar de ce discours théorique s'inscrit l'objectif de notre thème de recherche, en essayant de répondre à la question de départ suivante :

Est-ce que la charge de travail des infirmiers a un impact quelconque sur la qualité des soins au niveau du service des urgences médicales et chirurgicales au centre hospitalo-universitaire Khellil AMRANE de Béjaia ?

⁷ Tiré de http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Charge_de_travail_2001.pdf consulté le 23/01/2018 à 21h30.

1.5. Les hypothèses :

Une hypothèse est une affirmation à priori émise en relation une conduite avec la cause supposée à cette conduite .c'est la réponse supposée à la problématique posée. C'est une affirmation, parce qu'à une question (problématique) peut correspondre plusieurs réponses et ici l'hypothèse devra être valide ou invalidée par l'analyse des outils utilisées. Lorsqu'une hypothèse n'est pas valide, reconnue comme variée par l'analyse des données elle est considérée comme fausse.⁸

Dans l'objectif d'étudier et de démontrer le rapport entre la charge du travail et la qualité des soins, entant qu'éléments adaptés à leurs contextes et de décortiquer les éléments qui le déterminent, on a mis les deux hypothèses suivantes en guise à la problématique et à notre question de recherche.

1^{ère} hypothèse : - La charge de travail influence le rendement des infirmiers

2^{ème} hypothèse : - La qualité des soins dépend de l'activité des infirmiers urgentistes.

⁸Marie GRINSCHPOUN, Construire un projet de recherche en sciences humaines etsociales 2ème édition Enrick, paris, 2014, p21.

1.6. Définition des concepts clés :

Il est important de définir les concepts clés dès le départ en précisant le sens qu'ils gardent dans le travail pour éviter l'ambiguïté des termes empruntés le plus souvent au langage courant.

Le concept a une structure mentale réunissant certaine caractéristique constante de la réalité, la connaissance de ces réalités permet à la fois de reconnaître l'objet ou le phénomène et de le distinguer des autres.⁹

a. La charge de travail :

- Définition conceptuelle :

Selon Jacques Leplat, « *le travail est une activité et la charge de travail représente ce que coûte cette activité à celui qui la pratique.*

*Il y a surcharge de travail lorsque les ressources de l'opérateur sont dépassées par le coût que nécessite le travail. Ce coût peut être influencé par les limites propres à l'opérateur ».*¹⁰

- Définition opératoire :

Nous pouvons définir la charge de travail pratiquement comme étant l'augmentation des rythmes de travail, la multiplication des tâches, en parallèle avec le manque de temps pour les effectuer dépassant les capacités du fonctionnaire à l'assumer.

b. La qualité des soins :

- Définition conceptuelle :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité des soins comme étant la 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

⁹Ambroise ZAGRE, Méthodologie de recherche en sciences sociales, L'Harmattan, Paris, 2013, P70.

¹⁰https://fr.wikipedia.org/wiki/Charge_de_travail consultée le 02/03/2018 à 13h42.

résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin.¹¹

- **Définition opératoire :**

La qualité des soins renvoi essentiellement au niveau de la performance du praticien en santé et de l'atteinte des objectifs en soins en respectant les mesures nécessaires et les pratiques adéquates pour chaque cas dans le but d'optimiser les résultats.

c. Définition de l'infirmier :

- **Définition conceptuelle :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : 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.¹²

- **Définition opératoire :**

L'infirmier est toute personne dont la profession est de délivrer des soins, en veillant à la prise en charge et au bien-être des malades.

d. Définition du rendement :

- **Définition conceptuelle :**

Selon GODEFROID «*Le rendement est la production individuelle du travail humain, c'est l'effort physique fourni par les travailleurs en vue de participer à l'optimisation c'est la qualité des biens et des services produits en unité de temps*». ¹³

- **Définition opératoire :**

Le rendement représente le résultat obtenu par la réalisation du travail et le temps qui lui est attribué, et ce suivant des normes et des critères bien déterminés à un niveau élevé de rentabilité et la productivité.

¹¹Disponible sur <http://www.santepublique.eu/qualité-des-soins-définition/> consulté le 01/02/2018 à 15h

¹²Organisation Mondiale de la Santé, tiré du site <http://www.who.int/fr> consulté le 01/02/2018 à 15h

¹³G.G.MUEPU KUAMBA, Thématique Managériale, Lubumbashi 2004, P.6

e. Définition de la performance :**- Définition conceptuelle :**

La performance « est un critère d'évaluation subjectif. Elle dépend des attentes des diverses parties prenantes de l'entreprise. Ainsi distingue plusieurs aspects de performance »¹⁴

- Définition opératoire :

La performance reflète un résultat organisationnel et personnel attendus, elle renvoi notamment à la capacité du fonctionnaire à être efficace et atteindre l'objectif de travail.

2. La méthodologie de la recherche :**2.1. Présentation de l'établissement d'étude :****2.1.1. Présentation et bref historique :**

Le secteur sanitaire de Bejaïa couvre sur une superficie de 460,65 Km². Il assure une prise en charge sanitaire aux des sept (07) communes suivantes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala hamza, Boukhlifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital Khellil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaïa. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'établissement hospitalier Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaïa n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu un Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine.¹⁵

¹⁴Stéphane BALLAND, Anne Marie BOUVIER, Management des entreprises en 24 fichiers, édition DUND paris 2008, p15.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

L'organisation du Centre Hospitalo-Universitaire de Bejaia se compose de :

1. Trois unités hospitalières :

- L'unité Khellil AMRANE ; située au village Smina.
- L'unité Frantz Fanon ; sise à l'ancienne ville, Bordj Moussa.
- L'unité Targa ouzamour (clinique maternité) ; située au village Tala Merkha.

2. Un centre de Wilaya de Transfusion Sanguine : Il assure la couverture des établissements de santé publique et privés en matière d'approvisionnement en besoins sanguins et dérivés.

3. Le Service d'Aide Médicale Urgente (S.A.M.U) : Il assure le transport sanitaire médicalisé des malades et garantit et des interventions de secours dans tous les cas d'urgence.¹⁶

2.1.2. Missions du Centre Hospitalo-universitaire :

Dans le cadre des missions prévues ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des missions suivantes :

¹⁵Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.

¹⁶Service de l'information, de la communication et de l'Audio-Visuel du CHU de Bejaia, avril 2018.

a. En matière de santé :

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.

b. En matière de formation :

- D'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

c. En matière de recherche :

- D'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;
- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.¹⁷

¹⁷Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.

2.1.3. Les objectifs du Centre Hospitalo-universitaire :

- Maintenir un haut niveau d'investissement.
- Soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire, il s'agit d'accompagner les recompositions internes,
- les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre les établissements publics et privés.
- Soutenir les opérations répondant aux critères d'efficience.
- développer les systèmes d'information hospitaliers.¹⁸

2.1.4. Les services des soins du CHU de Bejaia :

- **L'unité Khellil AMRANE** : anesthésie réanimation, cardiologie, chirurgie générale, épidémiologie et médecine préventive, gastro-entérologie, laboratoire central, maladies infectieuses, médecine interne, médecine interne, neurochirurgie, orthopédie rhumatologie et urgence médicaux.
- **L'unité Frantz Fanon** : anatomie pathologique, maxillo-faciale, médecine de travail, médecine légale, oto-rhino-laryngologie, néphrologie hémodialyse et psychiatrie.
- **L'unité Targa Ouzamour** (clinique maternité) : pédiatrie et gynécologie-obstétrique.¹⁹

2.1.5. Description du lieu de stage :

Notre stage pratique est réalisé au service des Urgences Médicales et Chirurgicales (UMC) appartenant à l'hôpital Khellil AMRANE de Béjaia, ce service remplit un grand rôle dans la prise en charge directe et continue des patients. Nous tenons en premier lieu d'aborder la particularité d'un service d'urgence d'une manière générale et des soins qui y sont assurés et qui sont au cœur de notre thème de recherche.

¹⁸Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.

¹⁹Document interne

a .Les spécificités d'un service d'urgence :

C'est un service où sont pratiqués des soins d'importance immédiate, où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps, de part l'aspect urgent qui les caractérise. « La spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates. » Extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier.²⁰

Les unités d'Urgences sont en service au permanent et ont pour mission d'accueillir et de prendre en charge, sous la responsabilité d'une équipe de soin qualifiée, toute personne se présentant en situation d'urgence médico-chirurgicale. Les Urgences apparaissent ainsi comme l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Cette porte d'entrée génère donc la venue de personne de tous horizons (culturels, et sociaux) dans une demande nécessitant de soins.

b .Les soins dans un service d'urgence :

Les soins d'urgence ne se limitent pas exclusivement aux soins techniques, c'est encore un rapport singulier entre le premier intervenant et le patient, puisque ce dernier est fragilisé par une angoisse engendrée par l'évènement lui-même, mais aussi par l'inquiétude pour son état de santé ; un accueil froid, impersonnel, désintéressé ou blasé ne fera qu'augmenter son angoisse. Ce sont les raisons pour lesquelles le soin relationnel est tout aussi primordial que le soin technique. Le soin relationnel désigne un ensemble de moyens et de gestes utilisés par les médecins afin de réduire au maximum la souffrance psychique en diminuant l'angoisse, les peurs et faire émerger un sentiment de soignant-soigné ne signifie pas nécessairement prendre un temps spécifique pour discuter, c'est tout le travail du soignant qui prend sa place dans le processus de la relation. Celle-ci passe par le biais de différents médiateurs :

²⁰Yacine BENATIA, l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, Université Mentouri, Constantine, 2008, P13.

la verbalisation, le mouvement, les attitudes, l'aspect extérieur du soignant (tenue de travail), aussi les outils et matériels de travail.²¹

c. Le service UMC de l'unité hospitalière Khellil AMRANE de Béjaia :

Le service des UMC de l'unité hospitalière **Khellil** AMRANE se compose de :

- 01 bureau du Secrétariat médicale ou on trouve les dossiers d'admission et archives.
- Le tri des urgences composé d'une salle dont 7 boxes.
- L'observation composé de : 01 Bureau de médecins ou se trouve les fiches de renseignements des patients et d'autres documents internes du service.
- 01 salle de soin comportant 03 boxes.
- 06 chambres d'observation dont 02 lits chacune réservées pour la surveillance de certains cas médicaux.
- 01 salle de déchoquage pour les cas très fragiles et critiques.
- 01 salle de soin pour plâtre (cas de fractures...etc)
- L'unité d'urgence pédiatrique dont 02 salles contenant 3 lits.

2.2. Les étapes et techniques de la recherche :

2.2.1 La pré-enquête

C'est la première phase de notre étude sur terrain, nous avons pris le temps nécessaire pour en profiter d'avoir une image réelle sur le thème de recherche, où nous avons eu la possibilité de voir et comprendre de près le vécu professionnel quotidien des infirmiers au service des Urgences Médico- Chirurgicales, à l'Unité hospitalière Khellil AMRANE de Béjaia, lieu de l'enquête.

Les infirmiers exerçants dans ce service, travaillent en système d'équipe, deux équipes qui travaillent le jour (2/2) composé de cinq infirmiers, et 03 équipes la nuit (1/3) .

A travers nos observations durant la pré-enquête et quelques entretiens avec les infirmiers et patients, on a pu soulever essentiellement les remarques suivantes :

- L'existence de beaucoup de contraintes reliées à l'environnement de travail.

²¹Yacine BENATIA, Opcit, P13.

- Un flux irrégulier de présence de malades à un rythme sans arrêt.
- Une diversité des motifs de consultation ce qui exigent des infirmiers une grande responsabilité et compétences pour répondre immédiatement aux besoins en soins.
- C'est un service très spécifique, demandant beaucoup de technicité et relationnel et d'initiative.
- Le contact permanent avec les personnes ce qui perturbe souvent les infirmiers.
- Le travail des infirmiers est très complexes vu la multitude de tâches qu'ils font et la nécessité de leurs suivi (exemple : Dossiers des malades, fiches de suivi, soins, explication des cas,etc).
- Le travail des infirmiers en plus qu'il soit chargé il demande de l'effort physique tel que la posture debout et la mobilité continue.
- Un grand nombre d'heure de travail 12 heures/ jours continue et le nombre insuffisant d'infirmiers dans le service.

Donc en conclusion à la pré-enquête le travail infirmier est d'une grande charge, ce qui rends difficile d'une manière directe et indirecte la réalisation du travail, d'où l'effet apparent sur le rendement la qualité et des soins.

2.2.2. L'enquête :

L'enquête ou bien l'étude sur terrain s'est déroulée entre le 20 Mars au 20 Avril 2018, durant cette période on a pu interroger les infirmiers exerçants dans le service d'urgences à propos de leur travail, les conditions dont les quelles ils exercent et l'intensité continue de demande en soins, face à leur capacité d'assumer et de leur rendement et sa qualité.

2.2.3. La population d'étude :

La population d'étude est l'ensemble des éléments sur lesquels porte l'étude. Ces éléments peuvent être simples (une personne interrogée sur ses opinions, des désirs, ses comportements...) ou composés (une entreprise interrogée sur ses pratiques ou

projets...), la population est définie par les caractéristiques des individus qui les rendent aptes à participer à l'enquête.²²

Pour le cas de mon étude, le nombre des paramédicaux exerçant au service des UMC pendant la période de notre stage est de 34 tous grades confondus, comme le démontre le tableau suivant :

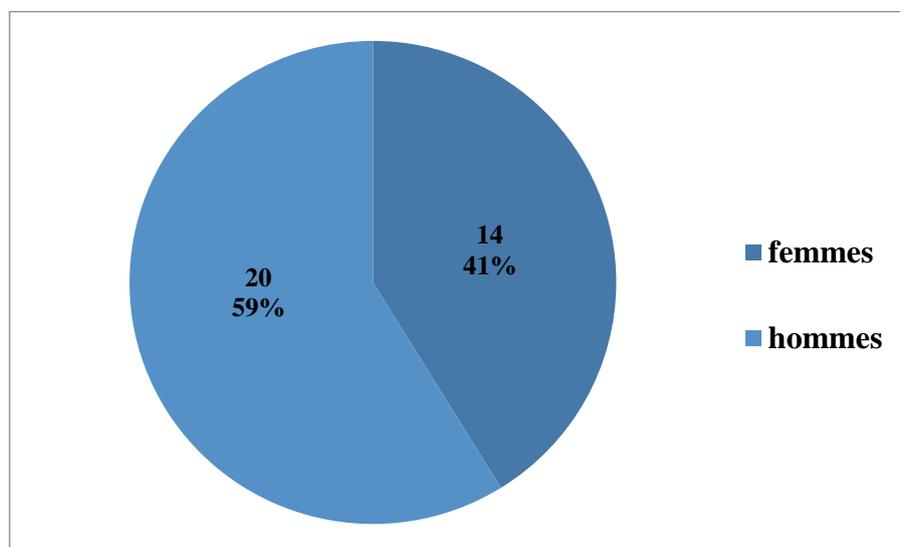
Tableau n°1 : Répartition des infirmiers des UMC selon le grade.

Grade	Nombre
Infirmier spécialisé	06
Infirmier de santé publique	13
Infirmier diplômé d'état	03
Aide-soignant	12

Source : L'enquête

La population concernée contient tout le personnel paramédical c'est-à-dire les infirmiers et les aides-soignants, vu que ces derniers subissent la même charge et les mêmes pressions que les infirmiers dans ce service des urgences et exercent les mêmes tâches. Donc la population visée est représentative pour tous les grades, d'où le choix de l'échantillon. Cela revient aussi au sujet de l'étude qui concerne la charge de travail et la qualité des soins comme variables principales.

²²Nicole BERTHIER, Les techniques d'enquête en sociologie, 4eme édition, Armand colin, Paris, 2010, P 161

Figure N°01 : Répartition des infirmiers des UMC selon le sexe.

Source : L'enquête

a. L'échantillonnage :

«Dans le processus de recherche, il n'est pas possible de faire des mesures ou d'observations sur l'ensemble des objets ou des personnes concernées par le sujet; il est nécessaire d'en extraire un échantillon[...], extraire un échantillon c'est choisir, selon des critères définis à l'avance un certain nombre d'individus parmi les individus composant un ensemble défini, afin de réaliser sur ceux des mesures ou des observations qui permettront de généraliser les résultats à l'ensemble premier.»²³

Pour ce qui est de cette étude, il a fallu interroger un échantillon représentatif de l'ensemble des paramédicaux du service des urgences médicales et chirurgicales. Alors on a opté pour un échantillonnage de type aléatoire simple, consiste à choisir des individus où tous les membres de la population ont la même chance de faire partis de l'échantillon de la recherche sachant qu'ils sont tous dans la situation de charge de travail et leur mission et d'assurer les services en soins.

²³Omar ACTOUF, Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations, Les presses de l'université du Québec, 1987, P72.

b. La présentation de l'échantillon d'étude :

Pour procéder à l'échantillonnage, nous avons pris en considération les caractéristiques de toute la population mère, qui est composée de 34 paramédicaux. Ainsi dans le choix de l'échantillon, les variables considérées en premier lieu sont :

Le sexe en prenant un nombre égales de femmes et d'hommes (**12 de chaque**), et les différentes catégories d'âges existantes, et grades cela pour avoir des informations concrètes de la charge de travail et son impact sur la qualité des soins qu'ils assurent, vu que le poids de la charge de travail est ressenti différemment d'une personne à une autre.

A cet effet, nous avons procédé à interroger **vingt-quatre (24)** infirmiers, soit un taux de **70.58%**, dans le but d'avoir des résultats représentatifs et valables.

Les caractéristiques de la population constituant l'échantillon d'étude est comme le démontre le tableau suivant :

Tableau n°2 : Les Caractéristiques de la population d'étude.

Enquêté	Sexe	Age	Situation familiale	Grade	Ancienneté
Enquêté n°1	Masculin	30 ans	Célibataire	Aide-soignant	6 ans
Enquêté n°2	Féminin	24 ans	Célibataire	Inf de santé publique	1 ans
Enquêté n°3	Féminin	30 ans	Célibataire	Inf de santé publique	8 ans
Enquêté n°4	Féminin	32 ans	Célibataire	Aide soignant	6 ans
Enquêté n°5	Féminin	26 ans	Célibataire	Inf de santé publique	6 mois
Enquêté n°6	Masculin	50 ans	Marié	Inf de santé publique	21 ans
Enquêté n°7	Masculin	55 ans	Marié	Inf diplômé d'état	33 ans
Enquêté n°8	Féminin	25 ans	Célibataire	Inf de santé publique	3 ans
Enquêté n°9	Masculin	26 ans	Célibataire	Inf de santé publique	3 ans
Enquêté n°10	Masculin	29 ans	Marié	Aide-soignant	6 ans
Enquêté n°11	Masculin	53 ans	Marié	Inf diplômé d'état	29 ans
Enquêté n°12	Féminin	32 ans	Mariée	Aide soignant	5 ans
Enquêté n°13	Féminin	26 ans	Célibataire	Aide-soignant	5 ans
Enquêté n°14	Féminin	31 ans	Célibataire	Infirmier spécialisé	5 ans
Enquêté n°15	Féminin	26 ans	Célibataire	Inf de santé publique	5 ans
Enquêté n°16	Masculin	28 ans	Célibataire	Infirmier spécialisé	5 ans
Enquêté n°17	Masculin	30 ans	Marié	Aide soignant	7 ans
Enquêté n°18	Masculin	25 ans	Célibataire	Inf de santé publique	2 ans
Enquêté n°19	Féminin	35 ans	Célibataire	Aide soignant	5 ans
Enquêté n°20	Masculin	50 ans	Marié	Inf diplômé d'état	27 ans
Enquêté n°21	Masculin	51 ans	Marié	Inf de santé publique	31 ans
Enquêté n°22	Masculin	27 ans	Marié	Infirmier spécialisé	6 ans
Enquêté n°23	Féminin	26 ans	Célibataire	Inf de santé publique	6 mois
Enquêté n°24	Féminin	24 ans	Célibataire	Inf de santé publique	5 mois

Source : L'enquête

2.2.4. La méthode adoptée :

Dans les études sociologiques, on utilise la méthode quantitative pour mesurer les phénomènes, ou bien la méthode qualitative pour qualifier les phénomènes.

Dans le cas de cette étude nous avons opté pour l'utilisation de la méthode qualitative pour mieux concrétiser notre thème et pour la réalisation des objectifs de notre recherche.

La méthode qualitative :

Est une méthode qui vise à recueillir des données nouvelles dont précisément il s'agit de connaître les motivations et les représentations mentales. L'origine des informations qui sont à la disposition du chercheur est très diversifiée. Ensuite il s'agit de traiter les données récoltées puis vérifier la validité des hypothèses et en fin tirer des conclusions. Dans la méthode qualitative le chercheur doit se méfier de sa propre subjectivité, l'avantage de cette méthode c'est de saisir les phénomènes sur le vif.²⁴

2.2.5. La technique de recherche :

En vue de collecter des données qualitatives, j'ai utilisé le guide d'entretien comme technique de recherche, l'entretien me permettra la récolte d'informations approfondies et fiables sur les variables de mon thème.

a. L'entretien :

L'entretien désigne tous les procédés scientifiques, par lesquels, l'étudiant cherche à obtenir des indications de la part de personnes sujet de l'expérience par des questions étudiées et visant un but précis. Elle porte sur de petits groupes, voire des individus. L'interview renvoie à une situation de face à face, à un échange au terme duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions d'un événement ou ses expériences.

Par les questions qu'il pose, l'étudiant facilite cette expression, évite une trop grande dispersion de son vis-à-vis et l'aide à accéder à un degré plus profond d'authenticité, et de profondeur.²⁵

²⁴Luc ALBARELLO, Apprendre à chercher, l'acteur social et la recherche scientifique, 3^{ème}ed, de Boeck, Paris, 2007, P 59

²⁵Ambroise ZAGRE, Méthodologie de la recherche en sciences sociales, Edition l'Harmattan, Paris, 2013, P85.

b. Description du guide d'entretien :

Pour une meilleure organisation et suivi de l'axe de l'étude, nous avons élaboré un guide d'entretien, composé de questions précises préparées préalablement en se basant sur l'ensemble des entretiens et des observations effectuées lors de la pré-enquête.

En plus des questions pour avoir des informations personnelles et socioprofessionnelles des enquêtés, d'autres questions portant sur la première hypothèse, la charge de travail au sein du service des urgences et le rendement des infirmiers, et aussi d'un autre ensemble de questions autour de la qualité des soins et l'activité infirmière variables de la deuxième hypothèse.

En effet l'utilisation du guide d'entretien comme outils de recherche a été menée par le biais des entretiens semi directifs, c'est à dire que l'enquêté avait une certaine marge de liberté pour répondre aux questions ouvertes.

c. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif, consiste une interaction animée de façon souple et très ouverte par le chercheur, celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite simultanément avec l'interviewé.²⁶

L'objectif de ces entretiens c'est de s'informer le mieux possible sur la question étudiée avant d'entrer plus avant dans le vif du sujet et de mobiliser des ressources plus importantes, et de reformuler la question de départ de manière adéquate et mieux fondée, en même temps de vérifier notre hypothèse préétablies.²⁷

²⁶Benoit GAUTHIER, Recherche sociale, 4ème édition, Presses, l'université du Québec, 2004, p 296.

²⁷Raymond QUIVY et autres, Manuel de recherche en sciences sociales, 4eme édition Dunod, Paris, 1995, p 59.

2.3. Protocole de la recherche :**a. Les avantages :**

- Avoir des informations sur le thème de recherche.
- Développer l'esprit de recherche et d'investigation.
- Avoir une expérience assez importante dans le milieu hospitalier en partageant leur quotidien.

b. Les difficultés rencontrées :

- Le manque d'ouvrages sur la qualité des soins.
- La non disponibilité des infirmiers vu leur charge de travail ce qui a rendu la réalisation des entretiens difficiles et a pris beaucoup de temps.

Conclusion :

A travers ce premier chapitre nous avons présenté l'ensemble des raisons et objectifs qui nous ont incités à choisir ce thème et mis en lumière des études antérieures comme nous avons cerné l'objet de la problématique autour de l'impact de la charge de travail sur la qualité des soins infirmiers, suivie des deux hypothèses de recherche et en dernier la définition de chaque concept se reliant à ce thème. On a ensuite illustré les méthodes et techniques suivies dans l'enquête sur terrain avec la présentation de l'établissement d'accueil et la population de l'étude.

CHAPITRE II

Le travail infirmier et la charge de travail

Introduction :

La perception que chacun a de sa propre charge de travail peut varier fortement en fonction du contexte des tâches, des moyens mis à sa disposition et des formes de coopération de l'organisation qui s'étend à assurer une reconnaissance pour les efforts accomplis. La profession infirmière a été évoquée dans ce chapitre ainsi que la charge de travail, sa définition, ses dimensions, et déterminants au cœur de la relation sociale et professionnelle entre l'adéquation des objectifs de performances avec les ressources dont disposent les salariés pour accomplir leur tâches en particulier celle de l'infirmier.

1. Le travail infirmier :**1.1 Définition de l'infirmier :**

- a) Le mot « infirmier » apparaît en 1398, il est associé au mot latin « infirmus » qui signifie « faible », par opposition à « fort ». L'« infirmerie » désigne à la fois un état (la maladie, l'infirmité) mais aussi un lieu, un refuge pour les plus démunis. L'« infirmier » sera la personne qui s'occupe de ces hôtes dans le besoin. Néanmoins, « ...il ne commença à être utilisé pour désigner les femmes destinées, par profession, à soigner, qu'à partir de 1878. ».²⁸
- b) Personne dont la profession est de veiller sur les malades, de les soigner et de leur administrer des médicaments sous la direction des médecins, à l'hôpital ou à domicile.²⁹
- c) Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.³⁰

²⁸ AMIEC, ensemble d'infirmières et infirmiers, Dictionnaire des soins infirmiers, Lyon, 1995, P23.

²⁹ Tiré du site www.infirmier.com consulté le 05/03/2018 à 11h00

³⁰ Code de la santé publique, Article L4311-1 tiré le 05/03/2018 à 11h00 du site <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000034079701&dateTexte=&categorieLien=id>

1.2. La description législative du travail infirmier en Algérie :

Le travail infirmier est sujet du Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux modifié et complété par le Décret exécutif n° 11-121 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique, qui stipule ce qui suit :³¹

a. Corps des infirmiers de santé publique :

Article 38 : Le corps des infirmiers de santé publique comprend cinq (5) grades :

- a) Le grade d'infirmier breveté, mis en voie d'extinction
- b) Le grade d'infirmier diplômé d'Etat
- c) Le grade d'infirmier de santé publique
- d) Le grade d'infirmier spécialisé de santé publique
- e) Le grade d'infirmier major de santé publique.

b. Définition des tâches :

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.

Article 40 : 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 :

- a) De participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre.
- b) De favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle.
- c) De participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.

³¹Journal officiel de la République Algérienne n° 17 du 15 RabieEthani 1432 correspondant au 15 Mars 2011.

Article 41 : Les infirmiers de santé publique sont chargés, notamment :

- a) De participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mentale des personnes.
- b) 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.
- c) De contrôler, d'évaluer et de surveiller l'évolution de l'état de santé des patients.
- d) D'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient.
- e) D'accueillir et de suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires.

Art. 42 : Outre les tâches dévolues aux infirmiers de santé publique, les infirmiers spécialisés de santé publique sont chargés, en fonction de leurs spécialités, notamment :

- a) D'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification, notamment les soins complexes et spécialisés.
- b) De participer à la formation des paramédicaux.

Art. 43 : Outre les tâches dévolues aux infirmiers spécialisés de santé publique, les infirmiers majors de santé publique sont chargés, notamment :

- a) D'élaborer et de réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service.
- b) De programmer les activités de l'équipe de l'unité
- c) D'assurer le suivi et l'évaluation des activités de soins
- d) De contrôler la qualité et la sécurité des soins et les activités paramédicales
- e) D'accueillir et d'organiser l'encadrement des personnels des étudiants et des stagiaires affectés au service.³²

³²Journal officiel de la République Algérienne n° 17 du 15 RabieEthani 1432 correspondant au 15 Mars 2011.

1.3. Le rôle de l'infirmier :

La notion de rôle renvoie à l'application de compétence même de l'infirmier, le Code de la santé publique de l'Organisation Mondiale de la Santé précise que « relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a la compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire »³³

On peut distinguer trois éléments essentiels relevant du rôle infirmier :

- a) L'infirmier doit avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle fondée sur des connaissances en matière de science physique et sociale pour avoir une base solide qui lui permet de pratiquer efficacement les soins infirmiers les plus délicats dans un service hospitalier ou au sein de la collectivité et d'exercer leur jugement pour prendre des décisions scientifiques et cliniques ainsi qu'aux conditions de traitement.
- b) Le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines le personnel devra être capable d'appliquer les traitements préventifs curatifs et de réadaptation en tenant compte des besoins psychologiques et sociaux de chacun des malades.
- c) Le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé.³⁴

³³<http://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/> consulté le 05/03/2018 à 11h30

³⁴Comité OMS d'expert des soins infirmiers, 1966, p13

4. La performance du travail infirmier :

Pour percevoir les situations de manière globale, l'infirmier performant exerce selon son expérience et les multiples cas qu'il avait traités auparavant.

Cette expérience lui permet d'anticiper les événements typiques et de savoir comment réajuster ce qui était planifié pour faire face aux imprévus selon les priorités.

L'infirmier utilise des instructions codées qui n'ont du sens que pour des professionnels ayant une bonne compréhension de la situation.

Exemple du cas de l'infirmier qui va percevoir une détérioration de l'état de santé d'une personne avant même que les signes et les symptômes soient significatifs, grâce à une bonne observation clinique.³⁵

Les indicateurs de performances peuvent être mis sous 3 formes :

- a. Le feed back apporté par la tâche accomplie indique aux infirmiers quel est leur niveau de performance et provient du travail lui-même. Lorsque l'infirmier dispense des soins aux patients, il est à même d'évaluer directement l'efficacité de son intervention et d'ajuster ses actions.
- b. La formalisation organisationnelle implique l'utilisation de plans, d'objectifs, de règles de fonctionnement du travail infirmier. L'existence de plans standards permettent aux infirmiers de travailler de manière autonome sans demander l'autorisation pour accomplir les actes de soin ou de prévention.
- c. Collaboration des infirmiers et des médecins pour l'obtention des résultats positifs en termes de réduction de taux de décès, réduction de la durée de séjour, réduction du turnover infirmier, et capacité des infirmiers à répondre aux besoins des patients et de leurs familles.³⁶

³⁵Marielle BOISSART, le référentiel de formation infirmière, Ed Lammare, Paris 2013, P 219.

³⁶Guy 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.325/ 326.

2. La charge de travail

2.1. Définition du concept charge de travail :

- Selon Claude PIGANIOL « *La charge de travail correspond à la dépense physique statique ou dynamique et à la part de capacité de travail que le sujet doit investir dans sa tâche subissant ainsi une plus au moins grande fatigue physique et nerveuse* ». ³⁷

- Selon Pierre Sébastien FOURNIER « *La notion de charge se définit globalement comme l'intensité de l'effort fournis par le travailleur pour répondre aux exigences de la tâche dans des conditions matérielles déterminées ; en rapport avec son état et les divers mécanismes en jeu dans son travail* »³⁸

En ergonomie, la charge de travail est le coût d'une activité et la notion de ressource étant au centre de ce concept. C'est dans le même sens que Spérandio (1984) conçoit que « *la charge de travail est l'effet d'un travail donné sur l'Homme, aussi appelé l'astreinte* ». ³⁹

La notion de charge de travail a très fréquemment une acception négative qui tourne autour des expressions comme contrainte ou astreinte. La contrainte est souvent comprise comme l'exigence de l'entreprise en termes de but à atteindre. L'astreinte est davantage comprise comme la charge de travail proprement dite, il s'agit des effets du travail sur le personnel. Or la charge de travail est étudiée en prenant en compte les exigences de la tâche et les capacités de l'individu à faire face à ses exigences. Étudier la charge de travail requiert donc deux acceptions :

³⁷Claude PIGANIOL, Techniques et politiques d'amélioration des conditions de travail, édition ESF. Paris, P23.

³⁸PierreSébastien FOURNIER, Etudes exploratoire et recherche, édition IRSST, Québec, 2012, P 13-15.

³⁹ Arsène Raoul TSAKEU NEKDEM, Perceptions des personnels soignants de l'Hôpital Général de Yaoundé relatives à l'influence de la charge de travail sur leur état de santé, sur https://www.memoireonline.com/02/14/8744/m_Perceptions-des-personnels-soignants-de-l-Hpital-General-de-Yaounde-relatives--l-influence-de8.html#toc29 consulté le 02 /02/2018.

a. La contrainte :

Elle est définie par la tâche, et formulée en termes d'objectifs à atteindre, de résultats attendus, de qualité à obtenir, pour une tâche donnée, la contrainte peut varier d'un moment à un autre, du fait de la fluctuation des exigences instantanées, elle fait référence aux obligations et contraintes auxquelles est soumis le travailleur.

b. L'astreinte :

Elle est définie en référence à l'activité. Elle est en fonction du degré de mobilisation (physique, cognitive, psychique) de l'opérateur ici la charge de travail est une conséquence pour le travailleur.

La charge de travail comporte des éléments concrets des objectifs et des efforts consentis mais aussi des éléments plus personnels et subjectifs.

C'est ainsi souvent, un élément de négociation complexe avec soi-même, avec les autres et avec le management dans le travail. D'où le besoin d'assurer une compatibilité entre ce qui est demandé et ce qu'il est possible de faire, entre la santé et la performance aussi entre la qualité et la quantité.⁴⁰

2.2. Un modèle de compréhension des facettes de la charge de travail :

Un modèle de l'ergonomie et, plus particulièrement, de l'analyse de l'activité suppose de positionner la notion de charge de travail dans une perspective de l'activité réelle de travail comme lieu d'actualisation des contraintes et des ressources dans une situation donnée.⁴¹

Selon ce modèle, pour appréhender la réalité complexe du phénomène de la charge de travail, on se réfère à trois principales composantes :

⁴⁰Arsène Raoul TSAKEU NEKDEM, Op.cit.

⁴¹F. GUERIN, F. DANIELOU, J. DURAFFOURG & ROUILLEAU, Comprendre le Travail Pour Transformer, la Pratique de L'ergonomie. Edition ANACT, Lyon, France 2006, p 12.

a. La charge de travail prescrite :

Désigne les outils pour faire le travail, les performances exigées et les procédures prescrites. Elle est considérée comme une contrainte et correspond à ce qui est demandé par l'organisation. Ces contraintes englobent les objectifs de performances à atteindre tant au plan quantitatif (ex : quantité, durée, ampleur) que qualitatif (ex : qualité, délais, satisfaction), mais également les diverses procédures prévues pour un poste données, la charge de travail prescrite n'est donc pas déterminée définitivement, et elle ne correspond pas à la description de la tâche ou du poste de travail, elle évolue dans le temps et se transforme avec la dynamique quotidienne du travail, affectant l'ensemble des conditions de réalisation du travail.

b. La charge de travail réelle :

Est considérée comme une astreinte et est définie en référence à l'activité de travail. «*Elle est fonction du degré de mobilisation (physique, cognitive et psychique) de l'opérateur* » (Falzon & Sauvagnac, 2004). Ainsi, elle renvoie aux efforts déployés par l'individu pour atteindre au mieux les objectifs prescrits (charge prescrite), mais avec des conditions d'exécution du travail constituées des ressources du travailleur, des caractéristiques de l'organisation et des moyens réels mis à sa disposition pour atteindre les objectifs.

La charge de travail réelle englobe les modes opératoires, les compromis et les stratégies pour surmonter les contraintes du travail et de l'organisation, mais aussi le travail non réalisé, qui attend, qui est en retard ou qu'on ne peut réaliser à son plein potentiel compte tenu des contraintes et des contrôles en place (Y. Clot, 1999).

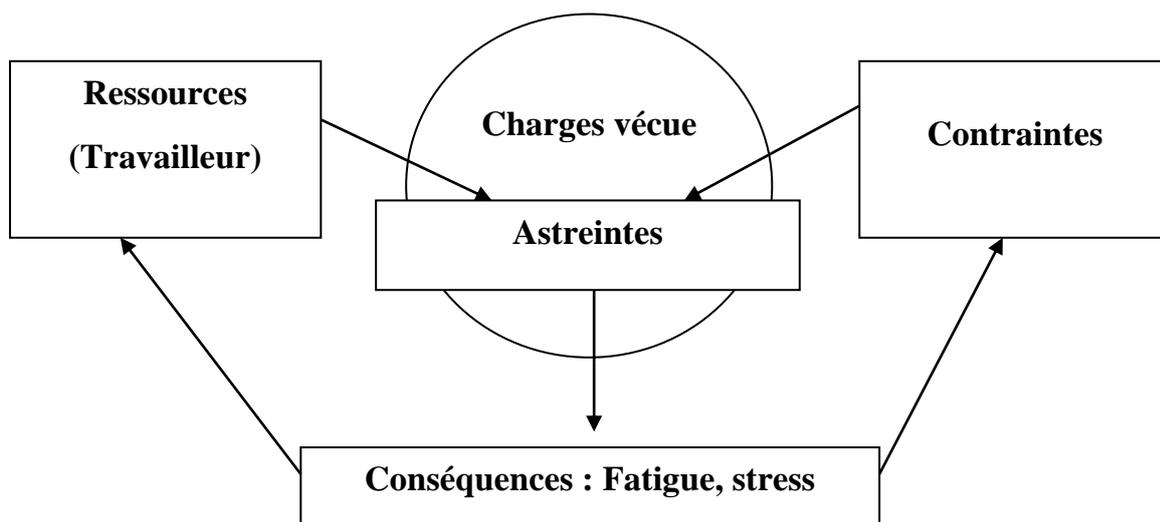
Elle prend ainsi en compte les événements variables affectant l'activité et les arbitrages opérés par les travailleurs, eu égard aux limites et contradictions de la prescription. En fait, la charge réelle de travail est tout ce que les individus et les collectifs mettent en œuvre pour atteindre leurs objectifs de travail. ⁴²

⁴² Pierre-Sébastien FOURNIER et al, Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité : Étude de cas dans le secteur des services- IRSST, Université Laval, octobre 2010, P 28.

c. La charge de travail subjective ou ressentie :

Elle souligne l'importance des représentations personnelles et collectives, la charge de travail subjective dépend de l'équilibre que perçoit le travailleur entre sa contribution et sa rétribution. Elle dépend aussi du sens qu'il donne à son travail et l'entraide qu'il existe au sein des collectifs de travail. L'interprétation de cette dimension peut être perçue comme un épanouissement professionnel ou s'exprimer à travers diverses manifestations négatives.⁴³

Figure N°02: Modèle d'analyse de l'activité des données sur les types de la charge de travail. ⁴⁴



⁴³ Pierre-Sébastien FOURNIER et al ; Opcit , pages 29.

⁴⁴Pierre Sébastien FOURNIER, , Modèle de la charge de travail , 2004, p13.

2.3. Les dimensions de la charge de travail :

La notion de charge de travail ou la surcharge de travail regroupe un ensemble de dimensions sous forme de demandes et d'éléments liées à l'individu et au travail en interaction. Aussi bien qu'elle renvoie implicitement à l'idée d'une quantification (une quantité d'efforts à fournir, d'actes à exécuter, etc.) relative à des niveaux d'exécution (performance et qualité). On peut distinguer au moins quatre dimensions dans la notion de charge de travail.⁴⁵

a. La charge physique de travail :

La charge physique de travail, est mesurable par les dépenses énergétiques, calculées en calories, qui assurent le métabolisme de base et les activités normales de digestion et de thermorégulation, tout travail engendre une augmentation des dépenses énergétique, et l'on connaît les dépenses correspondant à certains travaux typiques.⁴⁶

On peut dire que la charge de travail physique dans l'organisation est souvent liée aux pénibilités de travail et les difficultés rencontrées. C'est l'un des concepts qui se comprend bien en général mais qui est difficile à définir de façon particulière. Il représente le coût pour un être humain d'accomplir une tâche avec un certain niveau de performance.

b. La charge mentale de travail :

La charge de travail mental, est l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle, efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissements de tâches de traitement d'informations, mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestion des relations avec les collègues et les tiers. génèrent une contrainte psychique

⁴⁵Claude PIGANIOL, Techniques et politiques d'amélioration des conditions de travail, édition ESF. Paris, P23

⁴⁶Claude PIGANIOL, Ibid, P23

de charge mentale : celle-ci est cumulative tout au long de la vie professionnelle.⁴⁷

La charge mentale de travail dépend d'une part, du niveau d'exigence de la tâche et d'autre part de facteurs extérieurs à la tâche, l'environnement, les capacités personnelles. La charge mentale de travail dépend en effet considérablement de l'âge, des dispositions intellectuelles ou psychomotrices, des connaissances et de la culture personnelle, de la formation et du passé professionnel (expériences, vécu).⁴⁸

c. La charge psychique de travail :

Selon J.-C. Sperandio (1980) : *«Est une notion mal définie, qui relève du domaine affectif plutôt que cognitif et qui évoque toutes les retombées négatives, toutes les pollutions qui peuvent accompagner les activités intellectuelles dans le travail. Les facteurs mis en cause : anxiété, angoisse, contraintes de temps ou de délai, répétition et monotonie du travail, interruption du travail, poids de la hiérarchie, etc »*⁴⁹

La charge psychique au travail concerne tout ce qui est autour de la charge émotionnelle, tout ce qui est pesant et source d'anxiété comme conséquence habituelle des troubles anxieux, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur et de mal être psychologique. Ce qui diffère d'une personne à une autre *«si la charge de travail est la même elle est vécue différemment »*Kergoat, (1984).⁵⁰

d. La charge cognitive de travail :

Concerne les différentes fonctions qui sont nécessaires pour traiter l'information et réaliser des actes dits intellectuels. Les métiers concernés sont ceux qui demandent de l'attention, de la concentration et qui font appel à un traitement de l'information.

⁴⁷http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossid=463 consulté le 30/01/2018, à 23h

⁴⁸ Claude PIGANIOL, op-cit, P23

⁴⁹ Jean-Marc ROBERT, Charge mentale de travail : Définitions et facteurs déterminants, École Polytechnique de Montréal 2011.

⁵⁰EricBRANGIER, Alain Lancry, Claude Louche LES DIMENSIONS HUMAINES DU TRAVAIL Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations,2004 , Edition Hal, Page 188.

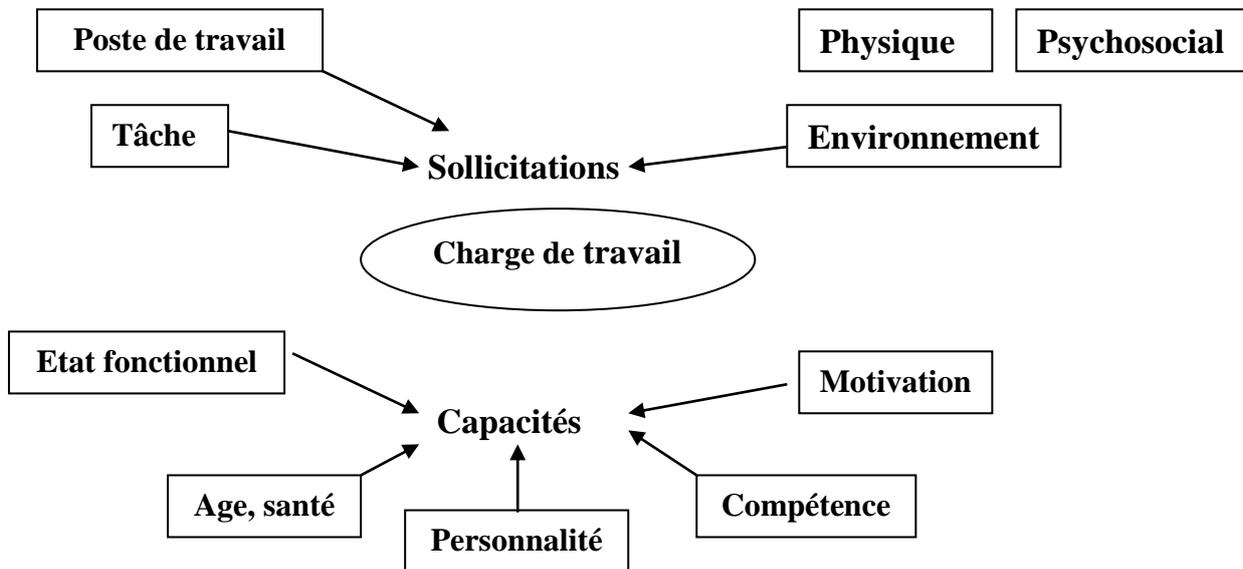
Ce sont les métiers pour lesquels la prise de décision est parfois fréquentée et souvent lourde de conséquences. Ils sont souvent source d'une fatigue qui est difficilement reconnue car elle n'est pas physique. Cette fatigue est néanmoins réelle, intense et pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé car la pénibilité de ce type de travail est forte. Cognitive renvoie (ce qu'il faut mémoriser, anticiper, choisir, ce à quoi il faut être attentif, les problèmes qu'il faut traiter, etc.)

2.4. Les facteurs déterminants la charge de travail

Il est question de la charge de travail comme concept qui regroupe plusieurs définitions. Ces dernières sont élaborées à partir de différents éléments provenant à la fois de l'individu et du travail qu'il effectue. D'une manière générale, les facteurs déterminants de la charge de travail sont très variés, leurs conséquences sont inégalement sensibles et peuvent interagir. Dès lors, Floru et Cnockaert (1991) proposent un schéma synthétique des facteurs déterminants la charge de travail. Ils classent les facteurs de charge en deux catégories : les sollicitations qui représentent les facteurs potentiels de charge, et les capacités qui représentent les ressources psychophysiologiques de l'opérateur.⁵¹

⁵¹Jean-Claude CNOCKAERT et Robert FLORU, Introduction à la psychophysiologie du travail, Presses Universitaires

Nancy janvier 1991, P 54.

Figure N°03 : Les facteurs déterminants de la charge de travail⁵²

Suivant ce schéma, on peut regrouper les facteurs déterminants de la charge de travail en ceux relatifs à la situation de travail, et à l'individu et aux facteurs sociaux.

a. Les facteurs relatifs à la situation du travail :

- Relatifs au contenu et l'organisation du travail :

- Exigences quantitatives (rendement, pression temporelles fortes, masse d'information à traiter)
- Exigences qualitatives (grande précision et vigilance)
- Difficultés liées à la tâche (monotonie, absence d'autonomie, répétition)
- Inadéquation du poste de travail affecté aux compétences de l'employé.
- Non détermination des tâches à exécuter et nombre de responsabilités.
- Contradiction dans les attentes fixées par l'employeur et celle de l'employé.
- Ressources pour réaliser le travail (moyen et matériel).⁵³

⁵²Jean-Claude CNOCKAERT et Robert FLORU, Op cit , P 54.

⁵³Jean-Claude CNOCKAERT et Robert FLORU, ibid, P 55.

- Relatifs à l'environnement social du travail :

- Reconnaissance et récompenses (motivation et satisfaction au travail);
- Soutien social, et communication (relations avec les collègues et les supérieurs),
- Interruptions fréquentes (tâches supplémentaires à exercer).

b. Facteurs relatifs à l'individu :

- Instabilité émotionnelle état d'irritabilité et de prédisposition au stress psychologique.
- Personnalités agressives et impatientes.
- Personnalités avec ambitions professionnelles importantes.
- L'âge et l'état de santé.

c. Facteurs extraprofessionnels ou sociaux :

Situation familiale (tous les événements de la vie privée qui provoquent un changement important dans la vie quotidienne d'une personne et qui peuvent la perturber dans ses différentes activités, y compris au travail).⁵⁴

c. La charge de travail, un concept interdisciplinaire :

La charge de travail est un concept qui fait référence à un usage très courant dans le domaine du travail dont les études sont relatives à la fois, à la perception des conditions et de l'organisation du travail, aux travailleurs eux-mêmes ou encore sont abordées par divers spécialistes tels que les médecins du travail, les gestionnaires des ressources humaines.

Aborder la charge de travail ne présente pas les mêmes intérêts selon la discipline. Néanmoins, l'apport de chacune d'entre elle constitue une complémentarité vis-à-vis de l'approche de ce concept.⁵⁵

⁵⁴Jean-Claude CNOCKAERT et Robert FLORU, *Opcit*, P 56.

⁵⁵Audrey RABASSA, Une approche du concept de charge de travail par l'étude des trajectoires professionnelles du personnel soignant de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille, Laboratoire d'Economie et sociologie du travail Séminaire de thèse du 04/12/2006. Page 10

a. Charge de travail et sociologie :

Depuis les débuts de la sociologie du travail dans les années 50, le vocable « charge de travail » n'a été que rarement évoqué en tant que tel, les aspects ont toujours été étudiés à travers les rapports entre les différents modes d'organisation et le vécu du travail des salariés, mais aussi à travers les questions de productivité, d'effort, d'écart entre travail prescrit et travail réel. De nombreux efforts ont été réalisés pour comprendre les liens existants entre rémunération, effort et performance, mais aussi pour renseigner les réalités du travail, les privations issues du travail et les satisfactions relatives.

Cette charge : à savoir la part individuelle (psychique et mentale) investie dans l'activité de travail, et le caractère choisi ou subi (horaires de travail, etc.) traduits en termes de satisfaction ou d'insatisfaction. Ainsi, pour certains le travail se révèle un facteur d'épanouissement personnel ; pour d'autres, il représente soit une souffrance quotidienne qu'ils taisent, soit une expérience vide de sens. Trois paradigmes permettent d'approcher la notion de satisfaction au travail comme composante positive ou négative de la perception de la charge de travail : l'homofaber, l'homo oeconomicus et l'homo sociologicus.

- L'homofaber renvoie à l'acte de travail et à l'épanouissement qu'il procure à celui qui le réalise : le travail fait sens pour le salarié. La satisfaction dans ce cas relève des valeurs intrinsèques que l'homme attribue au travail.

- L'homo oeconomicus implique une attitude plus instrumentale au travail. La satisfaction dépend de la rétribution en termes de salaires et d'avantages matériels complémentaires, que certains auteurs nomment valeurs extrinsèques du travail.

- L'homo sociologicus postule que tout travail s'exerce dans un cadre social : la qualité des relations qui s'établissent entre les hommes et la reconnaissance que ces derniers en retirent constituent un facteur essentiel de satisfaction⁵⁶

⁵⁶Audrey RABASSA ,Opcit. P 10.

b. La charge de travail en psychologie expérimentale :

Pour les psychologues, étudier la charge de travail requiert deux acceptions : d'une part, la charge de travail est une caractéristique de la tâche et fait référence aux obligations et contraintes auxquelles est soumis le travailleur, les « exigences » ; d'autre part, la charge de travail est une conséquence pour le travailleur. Cette dernière acception révèle toute la difficulté d'appréhender le vécu de la charge de travail, qui repose sur ce que le terme de « charge » induit dans les situations d'entretien.

En psychologie expérimentale, la charge de travail est étudiée en prenant en compte les exigences de la tâche et les capacités de l'individu à faire face à ses exigences.⁵⁷

b. La charge de travail en ergonomie :

L'analyse du travail en ergonomie s'appuie sur la distinction entre travail prescrit et travail réel. Dans le travail prescrit, la hiérarchie spécifie formellement les différents objectifs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les procédures à suivre pour leur réalisation. Ces procédures font l'objet de normes qui, même si elles ne sont pas explicitement spécifiées, n'en sont pas moins prescrites. Dans le travail réel, est décrit ce qu'il se passe dans l'activité quotidienne de travail, au fil des jours et des nuits, dans les conditions locales de sa réalisation, et des procédures telles qu'elles se présentent réellement tout en tenant compte des aléas quotidiens. Le travail réel s'exprime donc en terme de performances productives ; du point de vue des procédures, il s'exprime en termes de comportements plus ou moins conformes aux prescriptions. Les erreurs humaines y sont interprétées comme le non-respect des procédures prescrites. La pertinence de la distinction entre travail prescrit et travail réel est de démontrer que le travail réel n'est jamais conforme au travail prescrit. Ceci constitue un premier niveau d'analyse de la charge de travail : une adaptation du travailleur à son travail et son environnement en vue d'atteindre ses objectifs fixés par l'organisation, est nécessaire et implique des efforts coûteux en terme de fatigue.⁵⁸

⁴¹Audrey RABASSA, Opcit pages 11-12.

⁵⁸Audrey RABASSA, Opcit pages 11-12

d. La charge du travail infirmier :

La Charge de Travail infirmier se divise en charges mesurables et en charges invisibles. Ces dernières se caractérisent par un surplus de travail lié à une situation ponctuelle ou particulière, telle que des isolements secondaires à des épidémies, des situations de crise, etc. Les charges mesurables se séparent soit en activités de soins soit en autres activités : de gestion, de recherche ou d'enseignement.

A leur tour, les activités de soins se divisent en actes de soins indirects, c'est-à-dire tout ce qui est fait pour le patient sans être directement à son chevet (transmissions, notes au dossier, préparation de matériel et de médicaments, etc.) et en actes de soins directs, qui peuvent être indépendants ou dépendants. Les actes de soins indépendants sont des activités autonomes qui font partie du rôle propre de l'infirmière, comme les soins de base, les soins relationnels ou l'enseignement.

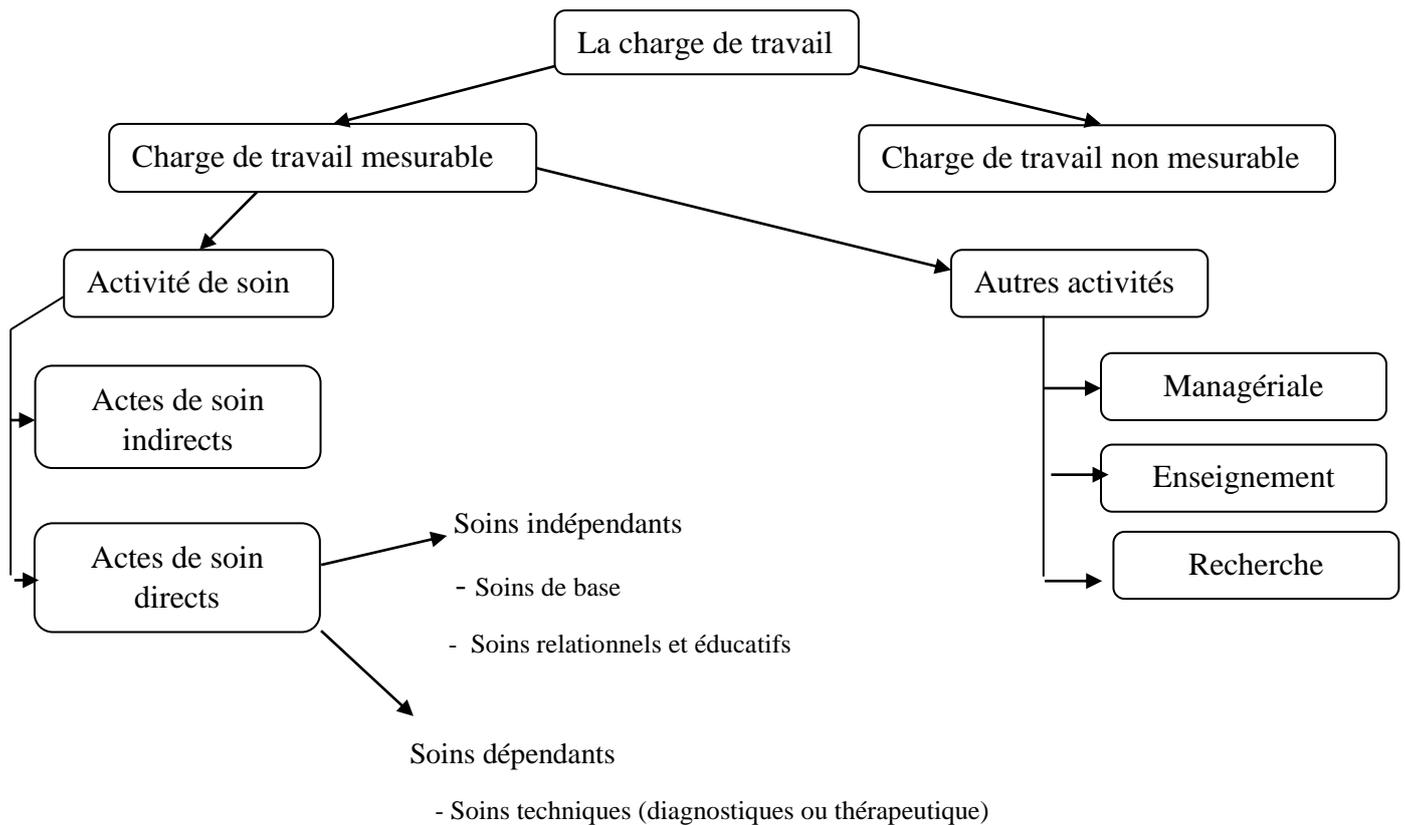
Les actes de soins dépendants sont des soins techniques (diagnostiques ou thérapeutiques), relevant de prescriptions médicales. Les tâches de l'infirmier sont liées aux actes effectués par les médecins, le personnel paramédical et auxiliaire.

Par ailleurs, le travail infirmier contient des tâches organisationnelles (activités afférentes) qui varient selon : la configuration du service et les activités de soutien. Ces facteurs structuraux et organisationnels influencent l'activité individuelle et celle de l'unité, Ceci aura un impact sur la charge de travail de l'infirmier et de l'unité.

Ces facteurs sont variables d'une institution à l'autre comme d'un pays à l'autre, ce qui rend les comparaisons entre les services de soins intensifs difficiles. Aucun score ne peut prendre en compte tous les éléments permettant de déterminer la charge totale réelle du travail infirmier dans l'unité.⁵⁹

Comme le démontre la figure suivante :

⁵⁹Julie DUSSAULT, Mesure de la charge de travail aux soins intensifs, mémoire n° 158, Université de Lausanne, Août 2011

Figure 4 : Champs d'activités du personnel soignant⁶⁰

Ce schéma illustre le caractère du travail infirmier en ce qui concerne la charge de travail, elle se divise en charges mesurables et en charges invisibles. Ces dernières se caractérisent par un excès de travail lié à la particularité de chaque cas traité et de chaque situation. Les charges mesurables se séparent soit en activités de soins soit en autres activités : de gestion, de recherche ou d'enseignement que l'infirmier peut avoir dans son parcours professionnel.

Les activités de soins se sectionnent en actes de soins indirects, ce qui est fait pour le patient sans être en contact direct avec lui , exemple: enregistrement dans les registres et notes dans le dossier, préparation du matériel et des médicaments, et en actes de soins directs ce dernier à leurs tour peuvent être indépendants ou dépendants :

Les actes de soins indépendants sont des activités autonomes qui font partie du rôle de l'infirmier, comme les soins de base, les soins relationnels ou l'enseignement.

⁶⁰SAULNIER et BION, Management en réanimation évaluation, organisation et éthique, Ed scientifique et médicale ; Elsevier Paris, 2000.P65.

Les actes de soins dépendants sont des soins techniques (diagnostiques ou thérapeutiques), selon les prescriptions médicales par exemple : Les pansements, la désinfection de blessures, faire le prélèvement sanguin.

Conclusion :

Dans ce chapitre, on a pu déterminer le travail infirmier en sa particularité et ses différentes responsabilités et composantes, pour passer ensuite à la charge de travail, sa définition, ses dimensions, types et analyses, dans le but de finir avec la démonstration de la liaison entre le travail infirmier et la charge de travail.

CHAPITRE III

La qualité des soins

Introduction :

La qualité et la continuité des soins sont des préoccupations majeurs des centres de soins partout dans le monde en cherchant à mettre en place des mécanismes d'amélioration, tout le personnel d'un hôpital, en l'occurrence l'infirmier aurait un rôle dans l'atteinte de performance et objectifs prévus.

Ce chapitre est consacré pour une explication des soins infirmiers d'une part et de la notion de qualité des soins par ses différentes facettes.

1. Les soins infirmiers :

1.1. Définition :

- a. On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.⁶¹

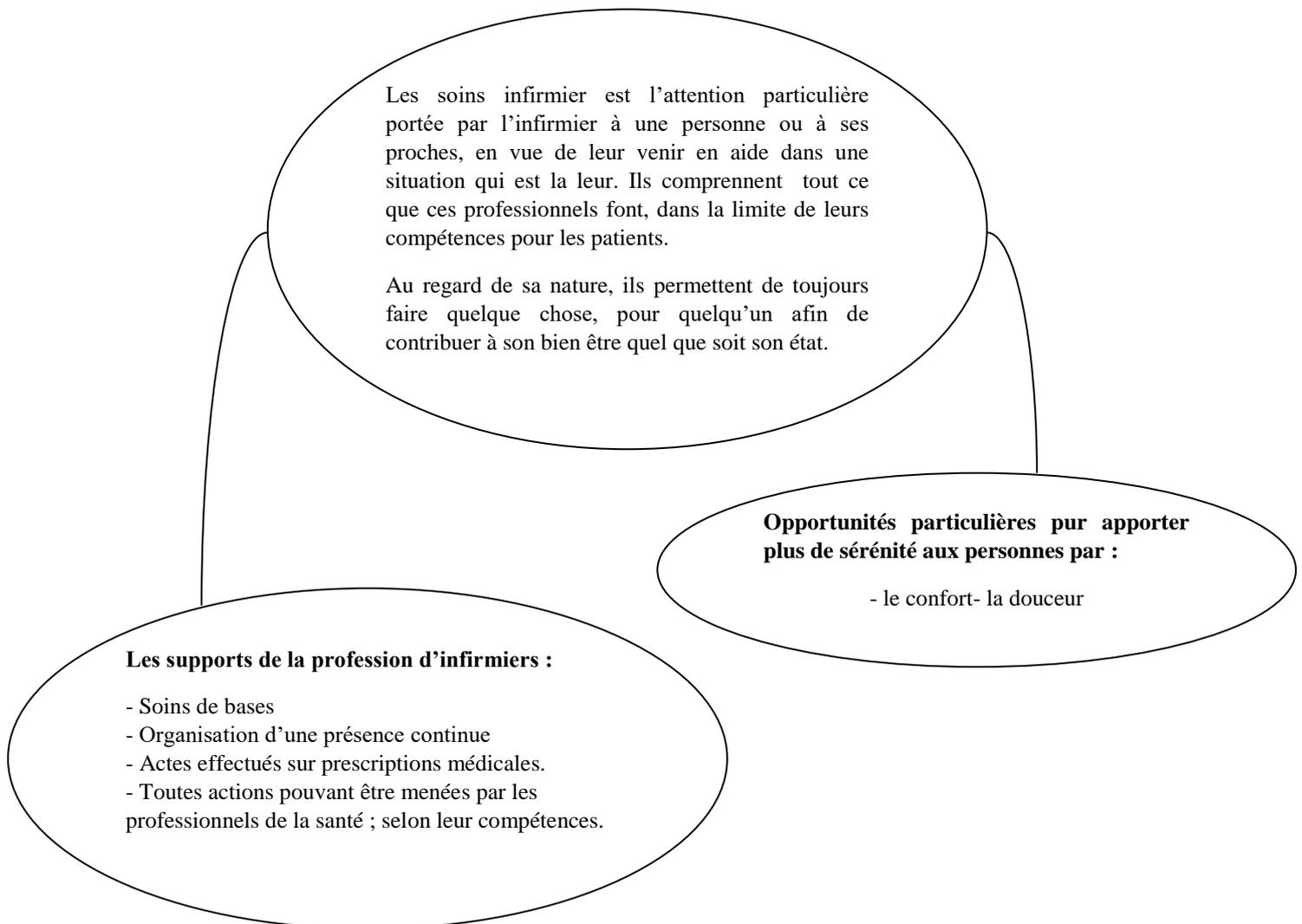
- b. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins infirmiers ainsi :
*« Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social... Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers sont aussi des partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ».*⁶²

⁶¹ Le conseil international des infirmiers sur le lien <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> consulté le 01/03/2018 à 19h

⁶² Disponible sur le lien <http://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/> consulté le 01/03/2018 à 19h

- c . Les soins infirmiers représentent un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier . ⁶³

Figure n° 5 : Représentation schématique des soins infirmiers ⁶⁴



⁶³René MAGNION, les infirmiers, 3^{ème} Edition, ed Masson, Paris 2003, P198.

⁶⁴Maxime GAUDIN, cours étudiants infirmiers, IFSI du C.H Edmond GARCIN , Aubagne, P 2 disponible sur http://etudiantinfirmier.free.fr/soins_infirmiers/aerosoltherapie.pdf consulté le 05/03/2018 à 19h14

1.2. Historique des soins infirmiers :

L'apparition et l'évolution des professions de soins est un parcours, méritant une bonne compréhension pour pouvoir saisir la signification des soins, celle de maintenir, promouvoir et développer la santé et tout ce qui existe ou tout ce qui reste de potentiel de vie.

Au moyen âge, la vocation de «prendre soin de son prochain» se trouve étroitement liée à l'idéologie de la religion et de l'Eglise. Les soignants adoptent des consignes similaires à celles de la religion du Christ, accueil des humbles, miséricorde envers les affligés, puis par la suite, l'idéale de pauvreté s'ajoute à celui de la charité

Au 16^{ème} siècle, le soin apporté n'est pas encore un soin médical mais d'avantage une assistance aux indigents, aux passants et mendiants.

Du 17^{ème} siècle, Saint Vincent de Paul, Luise de Marillac instruisent des femmes pour donner des soins à domicile et porter assistance spirituelle aux malades dans les confréries de Charité.

Au 18^{ème} siècle apparaît la notion de gouverner les malades, avec le premier ouvrage destiné à donner des instructions à toutes les personnes charitables qui donnent des soins à leurs semblables. L'évolution des connaissances et des savoir-faire a permis de développer depuis la fin du 19^{ème} siècle de nouvelles techniques d'exploration ou d'action infirmière en parallèle avec l'évolution de la médecine. L'apprentissage des connaissances et l'enseignement de la pratique, transmis traditionnellement oralement, se sont structurés sous forme de cours dispensés par des médecins ou des infirmières générales formatrices. C'est en 1922, en France, que les infirmières reçoivent pour la première fois un diplôme d'Etat. Les soins infirmiers d'alors revêtissent encore une vision sacerdotale, l'infirmière centre ses soins sur le malade, en simple exécutante, la science médicale est réservée au médecin. ⁶⁵

⁶⁵René MAGNON, Les figures marquantes des soins infirmiers, 3^{ème} édition Masson, Paris 2008, P 137

Dans les années 1960, les mouvements de libération de la femme permet aux infirmières, profession alors quasi-exclusivement féminine, de se libérer du statut de simples exécutantes derrière l'homme/médecin. Les soins dispensés sont entrepris avec davantage d'autonomie, et s'élargissent vers certains processus de réflexion propre à l'infirmière. C'est ainsi que la mise en œuvre de toute intervention en soins infirmiers depuis les années 1960 est soumise à une démarche scientifique nommée processus de soins infirmiers ou encore démarche des soins.⁶⁶

1.3. Les dimensions des soins infirmiers :

a. La dimension éducative : Regroupe toutes les interventions qui consistent à offrir à une personne ou à un groupe, informations, conseils ou assistance, pour l'aider à comprendre les mesures propres à améliorer sa santé et à modifier ses comportements, se font pendant et après l'apparition de la maladie.⁶⁷

b. La dimension préventive : Soins dont l'ensemble des mesures visent à éviter le nombre ou la gravité des maladies, accidents, handicaps. Il existe une prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Exemple : Vaccination, soins préventifs des d'escarres.⁶⁸

c. La dimension de maintenance : Sont les soins liés aux fonctions vitales de la vie. Ils assurent une réponse à un besoin concernant la vie de l'homme, exemple : Toilette, aide au repas.

d. La dimension curative : Interventions qui visent à lutter contre les maladies, ses causes, ses conséquences et à supprimer ou à limiter ses manifestations » Exemple : Pansements, chimiothérapie.⁶⁹

e. La dimension palliative :

Sont les soins qui privilégient le soulagement de la souffrance et de la douleur, confort physique et moral de la personne soignée. Tel que la relation d'aide, soins de bien-être

⁶⁶René MAGNON, Op.cit., P 138.

⁶⁷Béatrice WALTER, Le savoir infirmier, édition Lamarre, Paris, 1988. P12

⁶⁸Béatrice WALTER, Ibid, P23.

⁶⁹Béatrice WALTER, Ibidem, P191.

à travers ces différentes définitions.

Nous pouvons nous rendre compte de l'ampleur et de la complexité de l'exercice professionnel. L'infirmier va dispenser ses soins en collaboration avec d'autres professionnels de santé mais sa présence au « chevet » de la personne soignée, son écoute, sa compréhension.⁷⁰

« Si le travail c'est la santé, donnez donc le mieux à un malade » Antoine CHUQUET

2. La qualité des soins :

Fournir les soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire et les objectifs atteints, les soins de qualité sont aussi des soins efficaces intégrés, leur importance découle du travail infirmier et de la production du service de santé.

2.1. Définitions :

La qualité des soins est souvent définie par les auteurs comme un concept multiforme, multidimensionnel et indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé (Donabedian, 1980; Frey, 1990 ; Haddad, ROBERGE ET Pineault, 1997 ; Eldar, 2000). La qualité s'avère une notion dynamique et évolutive, elle accompagne les changements liés au développement des connaissances scientifiques et des technologies médicales ainsi qu'à l'évolution de l'environnement politique, social, économique et organisationnel du domaine de la santé. Elle ne peut donc être comprise que dans le contexte et l'environnement particulier dans lequel elle s'inscrit.⁷¹

Selon l'institut de médecine Américain, 1990 « *la qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les*

⁷⁰ Danielle BLONDEAU, Cours en soins infirmiers.I.F.S.I, Villefranche.1999.P19

⁷¹Lisette GAGNON, élaboration et validation de critères de la qualité des soins et services dispensés en interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle axée sur l'intégration sociale, Université de Montréal , Août 2004 ; P7.

connaissances professionnelles du moment. »⁷²

La qualité c'est s'assurer que chaque patient est soigné avec la mobilisation maximale des moyens possibles, matériels, humains, institutionnel, la qualité demande à être améliorée, à évoluer.⁷³

La qualité de soins «dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel 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. »⁷⁴

2.2. Les impératifs de la qualité des soins :

Selon l'Association Suisse des Infirmiers (ASI), la qualité des soins réponds à trois impératifs professionnels et moraux :

a. Donner des soins professionnels (autonomie et bienfaisance) :

Assister l'individu malade ou en santé, dans l'atteinte de ses objectifs en matière de santé, par des actions:- Définies par l'analyse des données de la personne, de ses symptômes, de sa perception de la santé ou de la maladie et par le traitement médical préventif, curatif ou palliatif proposé.

- Déterminées par des décisions cliniques soutenues par les connaissances scientifiques, l'expérience, la préférence du patient et son accord.
- Dirigées par un but acceptable pour le patient.
- Qui permettent d'établir des relations d'authenticité, de fidélité et de fiabilité.⁷⁵

b. Donner des soins sécuritaires (bienfaisance et non malfaisance) :

Aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique et le protéger contre ce qui pourrait lui nuire, menacer sa sécurité ou mettre sa vie en danger :

⁷² Claire HURLIMANN, les principes généraux de la qualité, Adsp, Juin 2001 , P24

⁷³ Lucien CRUCHANT, La qualité des soins, édition PUF, Paris, 2000. P12.

⁷⁴ Claire COMPAGNON et Thomas SANNIÉ, L'hôpital un monde sans pitié, L'EDITEUR, 2012, P23.

⁷⁵ ASI-SBK, Association Suisse des Infirmiers, « Ethique 2, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers » tiré du lien : www.sbk-is.ch/webseiten/français/4pflege-f/pdl/Ethische%20Standpunkte%20_f.pdf Consulté le 03/03/2018 à 11h45.

- Donner une attention particulière aux risques physiques et émotionnels liés aux traitements ; à l'environnement, aux incompréhensions culturelles, aux erreurs humaines.
- Reconnaître les personnes présentant des risques de complications et mettre en œuvre les mesures de prévention.
- Respecter les mesures et les procédures destinées à éviter les erreurs.

c. Donner des soins équitables (justice) :

Respecter les droits fondamentaux de tout individu et appliquer les ressources à disposition pour que chacun soit traité selon ses besoins en soins :

- Assurer des soins compétents à toute personne qui en a besoin sans établir de distinctions.
- Donner les informations nécessaires au patient sur ses droits et devoirs, les ressources à disposition et les conditions dans lesquelles les soins vont être donnés.
- Etablir et augmenter les priorités pour assurer une juste répartition des ressources infirmières.⁷⁶

2.3. Les dimensions de la qualité des soins :

La qualité des soins contient cinq dimensions essentielles qui sont : L'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès aux soins et l'efficience.

a. L'efficacité :

L'efficacité est souvent la première dimension prise en considération pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (les soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin.

L'efficacité est l'aptitude à atteindre ou réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires, la pertinence est une notion proche couramment intégrée à

⁷⁶ASI-SBK, Association Suisse des Infirmiers, « Ethique 2, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers » tiré du lien : www.sbk-is.ch/webseiten/français/4pflege-f/pdl/Ethische%20Standpunkte%202020_f.pdf Consulté le 03/03/2018 à 11h45.

l'efficacité et signifie que les soins fournis correspondent aux besoins cliniques basés sur de solides recommandations médicales.

b. La sécurité :

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades.

La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables qui proviennent des processus de soins eux même.

C'est une dimension qui est étroitement lié à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

c. La réactivité :

La réactivité ou la sensibilité du système renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social et le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.⁷⁷

d. Accès aux soins :

L'accès au soin est l'accessibilité, la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et existe que les services de santé soient a priori disponibles.

L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leurs ressources financières.

Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupe de population quelles que soient leur situations géographique, économique et social.

La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement. Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on a besoin).

⁷⁷ Document interne

e. L'efficience :

En fin l'efficience se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les meilleurs résultats, elle renvoie à la capacité d'un système à fonctionner à moindre frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables. La plupart des problèmes de qualité des soins impliquent une sous ou une sur utilisation des ressources.⁷⁸

2.4. Les types de la qualité des soins :**a. La qualité réelle du soin infirmier :**

Se définit par une qualité objectivée. C'est-à-dire qu'elle fait référence à des données scientifiques, des protocoles, des recommandations, ou encore des chemins cliniques ou plans de soins guide.⁷⁹

Il existe différents critères servant à évaluer la qualité réelle d'un soin infirmier, à savoir l'organisation, la sécurité, l'ergonomie, l'économie et l'efficacité du soin.

- L'organisation d'un soin infirmier consiste d'une part en la planification du soin selon les contraintes de temps, les interventions des autres professionnels, l'état de santé du patient, les autres soins que l'on doit réaliser,
- D'autre part, il s'agit d'organiser son plan de travail, de préparer son matériel de façon à faciliter le déroulement du soin. L'organisation réside aussi dans l'enchaînement des différentes étapes du soin.
- Par « sécurité », on entend sécurité physique et psychologique. Réaliser un soin en sécurité, c'est éviter l'exposition du patient ou du soignant à quelconque risque ou danger pouvant nuire à son état de santé physique ou mental. Ce critère met en jeu plusieurs éléments tels que l'hygiène, l'installation du patient, la protection du soignant voire du patient, la disposition du matériel.
- Dans le cadre d'un soin infirmier, l'ergonomie consiste prioritairement en l'aménagement de l'environnement de façon à améliorer les conditions de

⁷⁸Document interne.

⁷⁹Perrine DIETRICH, comprendre l'impact du stress organisationnel sur la qualité des soins infirmiers, Institut de Formation en soins infirmiers, hôpitaux civils de Colmar, 2013, P 15. Disponible sur <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-dietrich-perrine.pdf> consulté le 10/03/2018 à 22h00.

travail pour l'infirmier. Le mobilier et les outils de travail à l'hôpital vont en ce sens : lit réglable en hauteur, mobile, à dossier inclinable, chariot roulant,

Au soignant de prendre le temps d'aménager cet environnement de la façon qui lui convient le mieux. L'ergonomie est également un des éléments qui permet de satisfaire au critère de sécurité puisque son but est de prévenir les accidents liés à de mauvais gestes ou postures.

- Le critère d'économie concerne le temps, les gestes et le matériel. Il s'agit de réaliser le soin en un minimum de temps pour le même résultat, de ne pas réaliser de gestes superflus (ce qui sera permis grâce à une bonne organisation et à une ergonomie optimale), et d'utiliser la quantité adéquate de matériel,⁸⁰ c'est-à-dire de choisir d'une part les bons conditionnements (par exemple, des compresses emballées par deux ou par cinq), et d'autre part de n'emmener que le strict nécessaire dans la chambre du patient, afin de ne pas avoir à jeter inutilement du matériel.

- Pour l'efficacité lorsque l'on parvient, grâce à une action, à obtenir l'effet que l'on souhaite. On peut donc dire qu'un soin infirmier est efficace lorsque l'effet attendu est atteint grâce à la réalisation de ce soin. Par exemple, un pansement aura été efficace si la plaie est propre suite à sa réalisation.

b. La qualité du soin perçue par le patient :

D'après Marie-Agnès Morel, la qualité perçue par le patient se base sur son ressenti. Elle est fonction de sa propre histoire et de celle de sa maladie, de ses représentations, de sa culture. Au-delà de la qualité de la prestation, elle tient également compte de la qualité des relations avec le soignant ou l'équipe. Seul le patient peut l'évaluer puisque elle est subjective. Cette évaluation se basera sur des critères qu'il aura établis au cours de ses expériences, selon son vécu, ses besoins et ses valeurs.

Le patient a le droit de donner son avis concernant cette qualité perçue. Il a la possibilité de le faire par le biais du questionnaire de sortie, mais aussi directement auprès du représentant légal de l'établissement de santé.

⁸⁰ Perrine DIETRICH, Opcit , PP 15,16.

c. La qualité du soin perçue par le soignant :

La qualité du soin perçue par le soignant se base également sur le ressenti de celui-ci. C'est donc une notion subjective qu'il va évaluer en tenant compte de ses valeurs professionnelles et personnelles, de sa propre histoire, de sa culture, de ses représentations. De plus, elle dépendra de la formation dont le soignant a bénéficié et de ses expériences professionnelles antérieures, cette perception du soin est propre à chaque soignant.⁸¹

2.5. Les critères de la qualité de soins :**a. Sur le plan relationnel :**

- 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.

- 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 accueillis 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

⁸¹ Perrine DIETRICH, Opcit , pages 15,16.

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, tous cela implique des considérations éthiques, des manifestations d'impartie surtout dans des situations critiques.⁸²

- 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.

b. Sur le plan Organisationnel :

- 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. 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.

- 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

⁸²Margot PHANEUF, 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, disponible sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2011/11/23/1-conference-coimbra-qualite-et-continuite-des-soins/>, consulté le : 10/03/2018 à 22h

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, le malade se sent en situation de partage et d'échange avec ses compagnons de groupe.⁸³

- La stimulation de la motivation et de la responsabilisation du personnels ont deux autres facteurs qui interviennent dans le bon déroulement des soins, les infirmiers valorisés et stimulés par leurs chefs hiérarchique ont tendance à offrir des soins de qualité et diminuent de l'absentéisme et du désintérêt à l'égard de leurs travail et malades.

c. Sur le plan clinique :

- 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 de 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.

- 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, et la compréhension des malades.⁸⁴

⁸³Margot PHANEUF, 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, disponible sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2011/11/23/1-conference-coimbra-qualite-et-continuite-des-soins/>, consulté le : 10/03/2018 à 22h

⁸⁴Margot PHANEUF, Op.cit consulté le : 10/03/2018 à 22h

CHAPITRE IV

Analyse et interprétation des résultats

Introduction :

Dans ce chapitre il s'agit de faire l'analyse et l'interprétation des résultats et réponses rassemblées lors de l'enquête sur terrain, en les répartissant selon les éléments clés des hypothèses de recherche de ce travail pour procéder à leur vérification.

1. La charge de travail et rendement des infirmiers :**1.1. La charge de travail au service des urgences :****a. La perception des infirmiers sur la charge de leur travail :**

La charge de travail aurait deux types essentiels qui sont physiques et morales, la charge physique, est liée directement aux exigences (tâches, missions) du métier, par exemple, la variété des tâches, les risques et imprévisibilité de l'activité, le volume à traiter.....etc. Par contre la charge mentale caractérise les phénomènes de mobilisation cognitive d'un « opérateur » dans le traitement des informations nécessaires à l'accomplissement de ses tâches. La charge mentale symbolise le coût personnel pour celui-ci. Par exemple, le volume d'informations à retenir au cours de la journée ; l'interruption inopinée des tâches pour en faire d'autres, plus urgentes ou plus essentielles, les sollicitations nombreuses et fréquentes, la charge cognitive liée au bruit, à la mauvaise ergonomie des outils, etc.⁸⁵

Les infirmiers ont été questionnés en premier lieu sur leur perception de cette charge, leurs avis étaient différents certains pensent que la charge est morale, comme le dit cet infirmier « *Dans notre service la charge est plus morale parce que nous travaillons avec les malades continuellement et nous devons se concentrer et être toujours attentif et vigilant* » [ASSP, 30 ans, N°01].

Par contre d'autres ressentent une charge physique « *Elle est physique, et indirectement morale, quand on a le corps épuisé du fait de l'intensité existante notre moral fonctionne plus donc on ressent cette charge* » [ISP, 24 ans, N°02].

⁸⁵Disponible sur <https://www.physiofirm.com/1744-2/>, consulté le 03/05/2018 à 20h

Mais la majorité disent que la charge est morale et physique à la fois, selon un infirmier à l'observation il dit que « *C'est les deux à la fois parce que notre travail exige de bouger et rester en position debout souvent et en plus de ça nous recevons beaucoup d'informations vu le grands nombre de malades d'une part et les consignes des médecins de l'autre partc'est très chargé* » [ISP, 55 ans, N°07].

D'après les informations recueillies lors des entretiens et pendant la pré-enquête via les observations réalisées, il y a une forte charge de travail qui est physique et morale à la fois, mais cela dépend de la perception de chaque infirmier ce qui explique la diversité des réponses. En effet, une même charge de travail n'est pas vécue de la même façon d'une personne à l'autre, en fonction de ses caractéristiques physiques (âge, capacité physique...)ou psychiques (caractère personnel, état émotionnel, motivation...), de son intérêt pour les missions, de sa vie personnelle, de sa résistance au stress, etc.

Le travail mental ne s'oppose pas au physique, auquel il est intimement lié, il concerne tous les aspects de travail humain qui implique un traitement de l'information. Tout travail même le plus simple, le plus gestuel, engendre une charge mentale .Inversement, tout travail peut être qualifié de physique, puisqu'il implique toujours, outre des mécanismes mentaux, des mécanismes physiologiques (musculaires pour maintenir la posture, etc.)⁸⁶

b. L'infirmier face au flux de malades et aux conditions de travail :

Le grand nombre de malades pris en charge quotidiennement au service des urgences médicales et chirurgicales de l'unité hospitalière khellil Amrane de Béjaia, dépasse largement la capacité du personnel paramédical à assumer le service, vu le nombre restreint de ces derniers qui leur exige de travailler à un rythme sans arrêt en faisant plusieurs tâches à la fois et s'occupent de plusieurs cas au même temps.

Une infirmière réponds que « *Vous savez autant que je fais de mon mieux au maximum mais c'est vraiment impossible d'assumer tout à la fois, vous avez vu les files d'attentes qu'il y a dehors aussi du côté de la salle de tri c'est pareil, et c'est très difficile de gérer tout ça* »[ISP, 26 ans, N°15].

⁸⁶ Madeleine ESTERNE-BEHAR, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, Edition Estem, Paris, 1997, p.127

Une autre rajoute « *Oui surtout pour le cas de certains malades qui ne sont pas pris en charge en les orientant vers d'autres service spécialisés et ils restent ici sous notre charge, imaginez ça se rajoute à tout ce que nous recevons déjà comme cas quotidiennement et on est obligé de suivre leur état* » [ASSP, 35 ans, N°19].

« *Vous savez ce CHU est devenu la destination de tous nous recevons des malades de partout et pour toutes raisons alors qu'il y a bien d'autres établissement de proximité pour assumer ça, ... c'est très difficile de travailler ainsi* » [IS, 28 ans, N°16].

Ces réponses parmi d'autres soulèvent le manque d'effectifs face au nombre de malades reçus quotidiennement, augmenté par les personnes qui viennent d'autres localités, voir même les cas qui se prennent pour prioritaires et plus urgents, tout cela rend le fait une prestation de soin urgente pas évidente.

Selon 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* »⁸⁷

Cela serait donc une image réelle de charge de travail, pouvant être reliée à l'environnement professionnel, et les moyens et conditions dans lesquelles l'infirmier urgentiste exerce, dans ce sens un infirmier affirme : « *En effet le manque de moyens conduit à une charge supplémentaire surtout le matériel, voir les appareils qui ne fonctionnent pas on est obligé d'attendre ou de déplacer le patient à un autre service , non parlant pas des conditions de travail qui sont mauvaises* » [IDE, 53, N°11].

« *Oui nous sommes souvent dans une pression de sollicitation des besoins en soins dont on est obligé de répondre, mais parfois nous n'avons pas tous les moyens nécessaire pour faire notre travail bien, même chose pour les conditions ce service a besoins d'une rénovation avec plus d'espace et d'un bon équipement* » [ISP, 26 ans, N°09].

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...* »⁸⁸

⁸⁷Alpha Ousmane BARRY, Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne, édition Karthala, paris, 2004, P.350

⁸⁸Roland BOURDAIS, Parcours originale d'un soignant en santé mentale, édition l'Hermattan, Paris, 2003, P.27

Tous les infirmiers interviewés ont affirmé que le manque de moyens et les conditions de travail sont à l'origine d'une charge ressentie au cours de l'exercice de soins même en question d'infrastructure.

un infirmier dit : « *Nous avons une bonne volonté pour accomplir nos missions et satisfaire tout le monde même en faisant plus qu'on peut, mais le manque de matériels et ces conditions défavorables ne font que nous augmenter la charge et ça devient plus difficile, ça nous demande encore plus de temps pour finir avec certains cas ce qui nous perturbe et double le stress* » [ISP, 50 ans, N°06].

« *Nous travaillons dans des conditions mauvaises on a même pas une salle pour nous les infirmiers, ni des sanitaires, ou des vestiaires convenables et nous partageons nos casiers avec les autres, pour les malades aussi c'est la même chose un manque de nombres de lits parfois on les met dans les couloirs et dans les chambres, tu vois il ya trois par chaque, leurs accompagnateurs restent tout le temps sur une chaise et encore ! Toute cette charge est vraiment due à l'insuffisance dans tout* » [ISP, 26 ans, N°05].

On peut dire d'après ces résultats que, la majorité des infirmiers interrogés estiment que les conditions de travail ainsi que l'insuffisance de moyens dans leur service engendrent une croissance de la charge qu'ils ressentent, vu le grand nombre de patients et la demande de soins élevée comparativement au personnel infirmier.

c. Les effets de la charge de travail sur les infirmiers :

Ici la question était autour des effets et des conséquences qu'engendre la charge de travail sur les infirmiers du côté physique et moral, il a été soulevé le fait que tout le personnel parle de fatigue, se plaint, se sent dépassé, et travaille dans des situations de pression et de charge, à rajouter aussi que la nature de leur profession nécessite un effort personnel et émotionnel.

« *A force de travailler avec un tel nombre de cas c'est très fatigant il faut se rappeler de chaque détails, assumer toutes les instructions des médecins et gérer la situation du patient parfois de son accompagnateur, et c'est le cumul* » [ASSP, 32ans, N°04].

Pour ce qui est des effets de l'intensité de travail un infirmier indique que « *Les conséquences de la charge de travail continue sont morales et physiques, avec le temps je ressens que mon corps commence à se protester, j'ai des varices, sciatalgie, lombago, et enfin de journée je me sens chao, pour le moral j'ai eu pas mal de fois des surmenages, des maux de tête au quotidien, un sentiment d'épuisement* » [IDE, 50 ans, N°20].

Un autre aussi affirme que la charge de travail a eu des conséquences sur son état de santé physique et moral « *j'ai eu plusieurs pathologie qui se développe certaine sont devenues chroniques, je souffre d'hypoglycémie, de nausée et de vertiges, comme je suis souvent stressé et j'ai des angoisses* » [ASSP, 30ans, N°17].

« *Je souffre de maux de dos et de cou, surtout avec la position debout en majorité de la journée, des douleurs thoraciques et j'ai aussi un manque de concentration et le stress, parfois j'ai des insomnies* » [ISP, 24 ans, N°24].

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, Selon Monod et Kapitaniak(1999).⁸⁹

La profession infirmière est caractérisée par sa multiplicité des tâches, ce qui influe sur l'infirmier et sa santé, cela prend naissance dans les dispositions de l'environnement et le dépassement des exigences du travail aux capacités humaines, cette influence s'avère directe parfois ou apparait au fil du temps. Le travail chargé devient une pénibilité et des atteintes à la personnalité humaines de l'infirmier.

⁸⁹Rachid 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 03/05/2018 à 19h.

1.2. Le rendement des infirmiers urgentistes :

a. Organisation et gestion de temps au service des urgences :

En plus des conditions et moyens de travail, il en est question de prendre en considération le système de gestion dans le milieu professionnel comme déterminant de charge de travail, le service d'urgence, un lieu où se réunissent des cas très différents, urgences transportées par le SAMU, les pompiers.... et des personnes nécessitant une prise en charge dont la quasi-totalité des soins infirmiers.

Dans le but de relier la charge de travail avec le fonctionnement de gestion du service, on a interrogé les enquêtés sur le rôle que puissent avoir le système de leur travail sur leur rendement, à ce propos une infirmière dans la salle de déchoquage affirme : « *Nous avons un bon plan de travail et des équipes organisées, c'est vrai le nombre d'effectif n'est pas suffisant pour mieux répondre aux demandes en soins de la journée, mais le fait de se reposer pour deux jours ça me permet de venir avec plus de motivation* » [ISP, 30 ans, N°03].

Un autre au contraire trouve que l'organisation de travail dans leur service n'est n'a pas d'effet positif sur son rendement « *moi je travaille la nuit c'est vrai je l'ai choisi mais avec le temps je commence à sentir ce travail lourd et surtout avec la charge qu'on a le soir et le manque d'effectif* » il rajoute pour la répartition des tâches que ce n'est pas toujours pris en considération « *L'essentiel c'est de faire le travail souvent on n'a pas le temps pour dire quelle est la tâche de qui* » [ASSP, 29 ans, N°10].

Le travail posté peut, par sa spécificité et les horaires exceptionnelles qu'il implique, engendrer des risques ou conséquences pour la santé des travailleurs concernés, tels que :

- Troubles du sommeil, de la vigilance et risques accrus d'accident, (accident de travail ou de trajet)
- fatigue, somnolence ;
- impacts sur les systèmes digestifs et cardio-vasculaires, prise de poids, développement de TMS (troubles musculo-squelettiques) ;

- anxiété, dépression, baisse des performances cognitives (mémoire, langage...) ;
- impacts sur la vie sociale et personnelle (isolement social, décalages importants avec le rythme scolaire).⁹⁰

Un autre infirmier a une autre vision il avance que : « *Non, tellement notre travail est chargé je ne ressens pas que notre service est organisé parfois je suis ici dans le tri, d'autres fois je suis à l'observation, des fois je fais l'évacuation de malade ou je le prends à un autre service et imaginer pour douze heures, le niveau de rendement ne vas que baisser avec la fatigue* » [IS, 31 ans, N°14].

La fatigue agit d'autant plus sur le rendement que le travail est répétitif, routinier ou exige une attention soutenue. Le problème se complique lorsque le travailleur n'a aucun contrôle ou pouvoir de décision quant à son travail ou aux périodes de repos. Au regard d'une diminution du rendement de cette nature, il est raisonnable de penser que, lorsqu'une partie importante du personnel est fatigué, la productivité risque d'en pâtir.⁹¹

Les réponses des enquêtés variaient, 16 d'entre eux trouvent que l'organisation de travail leur permet d'avoir un meilleur rendement, le reste 8 jugent qu'elle n'est pas adaptée à l'intensité de travail existante et que leur rendement ne provient que de leurs efforts supplémentaires.

Les dysfonctionnements quotidiens liés à l'organisation du travail sont répétés et deviennent règles de travail sans qu'on tente d'y remédier. Deux facteurs émergent : l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles. [...] l'infirmier dérangé, s'oblige à un effort supplémentaire [...] la fatigabilité est donc la première conséquence⁹²

Le service d'urgence du CHU de Béjaia est en permanente suractivité, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible, de façon répétée de prendre en charge les malades dans les conditions optimales et sans délai d'attente prolongé.

⁹⁰Le guide su contrat du travail , disponible sur <https://contrat-de-travail.ooreka.fr/astuce/voir/703583/travail-poste> consulté le 03/05/2018 à 20h.

⁹¹Organisation internationale du travail, L'évolution de l'emploi, du temps de travail et de la formation dans les industries extractives, 1er édition bureau international de travail, Genève 2002, P36-37.

⁹²Pierre CANOUI et Aline MAURANGES – Le burn out le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse aux réponses- Édition Masson -3ème édition - Mai 2004, P58.

Le facteur temps est très important dans le service de soins en particulier celui d'urgence mais cela n'empêche pas les infirmiers d'en consacrer ce qu'il en faut pour la prise en charge de tous les cas. « *Je crois que certains cas jugés critiques sont une autre part de manche je ne dis pas que nous abandonnons les autres cas mais s'il le faut ils vont attendre encore plus, il y a des risque de mort donc directement on suit les consignes des médecins* » [ISP, 51 ans, N°21].

Son collègue ajoute « *On fait de notre mieux pour s'en occuper jusqu'à la stabilité des cas et c'est tout le monde qui se mobilise* » [IS, 27 ans, N°22].

Une autre dit « *Ah le temps et notre travail, il faut dire la vérité tout dépend des situations du nombre de malades qui m'attendent, parfois je fais juste le nécessaire pour passer à autre choses je vous ai dit tout à l'heure le manque de personnel nous met dans des situations d'embarras* » [ISP, 25 ans, N°18].

La pression temporelle résulte d'un rapport défavorable entre la quantité de temps disponible et la quantité de temps nécessaire pour effectuer une tâche (Rastegary & Landy, 1993). [...] Ce peut être le cas de l'infirmier qui souhaite arriver le plus tôt possible au chevet d'un patient pour pouvoir lui consacrer un peu plus de temps que celui nécessité par les soins. Rastegary et Landy (1993) indiquent que la perception d'une inadéquation temporelle entre le temps imparti et le temps nécessaire à la tâche suscite de la pression temporelle à la double condition que l'individu ressente comme obligatoire le respect de l'échéance et que la violation de cette limite entraîne une sanction.⁹³

Du fait que les infirmiers sont dévolus pour leur mission de soins, ils font de leur mieux pour savoir gérer les cas, selon leur nécessité du plus urgent au moins urgent, mais l'origine est l'accroissement de la quantité de travail à fournir, et par conséquent l'augmentation du rythme de travail, est un facteur inducteur de pression temporelle.

⁹³Stéphanie COEUGNET et autres, Op.cit, P159.

b. L'intensité de travail, rendement et performance de l'infirmier :

Le rendement de l'infirmier fait référence à la qualité et à la quantité de son travail, son évaluation est satisfaisante s'il voit et règle les problèmes de tous les cas admis pendant la journée, inscrit toutes les informations utiles sur la fiche de chaque patient, vérifie l'enregistrement de tous les malades hospitalisés dans les registres, constate les accidents liés à l'inattention, utilise rationnellement les médicaments et le matériel mis à sa disposition...etc.

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 globalité⁹⁴

Dans le service d'urgence, les infirmiers ont affirmé que l'intensité de travail diminue leur rendement« *L'exercice de mes tâches est difficile je travaille avec un grand stress et pression donc il m'arrive de faire des erreurs d'oublier là je ne suis pas satisfaite par rapport à mon rendement* » [ISP, 25 ans, N°08].

Une autre aussi affirme que la charge de travail baisse le niveau de performance « *J'essaye de donner de mon mieux et de pouvoir assurer avec un bon rythme toutes mes responsabilités, mais on rentre toujours dans d'autres histoires tellement les couloirs sont encombrés, des vas et viens, des médecins qui nous demandent de faire des choses tout le temps* »[ASSP, 32 ans, N°12].

« *Avec ce rythme je sens un désordre dans ma tête surtout en fin de journée je n'arrive plus à me concentrer et je fais mal mon travail, donc la prise en charge n'est pas souvent satisfaisante et on n'arrive pas à atteindre le niveau de performance attendu c'est dommage des fois je rentre avec le sentiment de culpabilité puisque on n'arrive pas à donner le meilleur aux malades*» [IS, 28 ans, N°16].

Les infirmiers parlent d'oubli, de dépassement de certaines étapes de soins, irritabilité, perte de la capacité d'écoute, baisse de concentration, repli sur soi et perte de l'esprit d'équipe pour la performance.

⁹⁴Marie-Claude Daydé, et autres, Relation d'aide en soins infirmiers, éditions Elsevier Masson, paris, 2011, P 2.

« Je deviens très nerveuse et je ne supporte aucun commentaire ou remarque des collègues, il m'est arrivé une fois quand un patient est parti je me posais la question si j'ai bien fait le nécessaire si je me suis pas trompé de traitement, j'avais vraiment la tête fatiguée que je ne me suis pas concentrée » [ASSP, 26 ans, N°13].

L'augmentation de la charge de soin multiplie les risques d'erreurs, alors de même que les soignants sont en première ligne pour affronter les exigences croissantes des patients et de leurs proches. L'insécurité devient un problème central.⁹⁵.

Les infirmiers disent que les soins techniques sont de plus en plus importants dans la prise en charge du patient. Ils soulignent que cela implique une augmentation des responsabilités. Cependant, ce n'est pas toujours pris en considération au niveau institutionnel. En effet, ils articulent que les moyens ne sont pas adaptés pour alléger cette charge de travail supplémentaire. Il y a les problèmes d'effectifs, à cause de la pénurie de personnel. Cela engendre un stress supplémentaire, et l'erreur peut être fatale. Ils se sentent souvent esseulés face à la pression, Ces situations mettent en jeu leurs responsabilités, engendrent de la fatigue, de la culpabilité, une dévalorisation personnelle et professionnelle, un mal être physique et psychique et conduisent peu à peu au désinvestissement du métier, Voir la baisse de performance et de rendement.

⁹⁵Pascal MACREZ, La crise hospitalière , Revue l'aide-soignante n°67 ,Mai 2005 ,P 15.

2. L'apport professionnel de l'infirmier et qualité des soins :

2.1. Le rôle du travail infirmier dans les soins :

Les pratiques hospitalières qui constituent une image de référence sur la nature des soins assurés aux patients, auront lieu au cœur de la pratique infirmière, voir leur savoir et savoir-faire mis en œuvre. Dans le service des Urgences il en était question de savoir s'il répond à tous les besoins et les demandes en soins. Une infirmière trouve que « *Notre service assure la majorité des demandes en soins mais je dirais tout dépend des cas, quand il s'agit par exemple de cas simple c'est une question de temps, les patients attendent leur tour vu le manque d'effectifs mais certain cas on les oriente vers d'autres services pour une meilleure prise en charge* »[ISP, 26 ans, N°23].

Dans le même sens sa collègue dit que « *Non, nous n'avons pas les moyens qu'il faut notre service est très limité dans l'offre de soins* »[ISP, 26 ans, N°05]. Ce que affirme un autre infirmier « *...Il y a beaucoup de choses qui doivent être changées et améliorées dans ce service pour pouvoir atteindre le maximum d'objectifs en soins* » [ASSP, 30 ans, N°01].

Un autre rajoute « *Déjà il y a le manque de moyens et pas assez d'espace pour contenir le nombre énormes de patients qu'on reçoit s'ajoute à ça le manque d'effectifs, il y a aussi une réalité que les patients ne sont jamais satisfaits de notre prestation de service c'est une image acquise de l'hôpital* »[ISP, 55 ans, N°07].

Le cadre de travail des infirmières se modifie aussi en raison des réorganisations du travail médical, qui entraînent une recombinaison des tâches à accomplir, notamment sur prescription[.....]. On peut, alors, constater des tensions entre les démarches managériales et les pratiques professionnelles. Qu'il s'agisse des infirmières, des médecins ou de nombreux autres groupes professionnels, chacun développe une représentation des soins construite à partir de son monde social et qui ne se superpose pas complètement avec celle des autres mondes sociaux (Strauss, 1992).⁹⁶

⁹⁶Françoise ACKER, Recherche en soins infirmiers, Edition association de recherche en soins infirmiers, N°93/2008. P134 disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-61.htm>, consulté le 04/03/2018 à 10h

L'intensification du travail résulte de la présence de patients qui réclament tous un ensemble des soins différents l'un de l'autre, et en un temps restreint, voir au même moment ce qui est le caractère de l'urgence médicale. Les termes faire vite, courir pour, aller rapidement, caractérise le cadre dans lequel les paramédicaux déploient leurs actions de soins. Une sorte de pression à travailler plus vite caractérise le service, cela ouvre la parenthèse sur la manière dont ces acteurs de soins urgents font leur travail.

« La multitude des tâches à faire au même temps ne pourrait que rarement être assurées selon les normes qu'il faut, l'essentiel c'est de faire le travail après la manière ça dépend de la situation, tu ne vas pas me dire que c'est possible d'aller doucement en respectant les étapes alors que tu vois toutes ces personnes entraînés d'attendre déjà ça stress et le but reste de faire le nécessaire c'est tout »[ISP, 24 ans, N°01].

Du même avis l'infirmier du tri affirme *« Il faut savoir une chose la théorie et la pratique ce n'est pas du tout la même chose, il ne suffit pas de connaître la bonne manière de faire le soin mais de l'assurer avec un plus de rapidité et de concentration pour pouvoir passer à un autre cas, c'est ça le travail ici dans les urgences »* [ISP, 26ans, N°09].

Les protocoles de soin sont des descriptions de techniques élaborées en suivant une méthodologie précise et sont à considérer comme une des bases scientifiques de la pratique infirmière.

Un protocole permet d'atteindre les objectifs suivants :

- Améliorer les prestations professionnelles avec un langage commun, des pratiques identiques.
- Evaluer la qualité des soins infirmiers.
- Développer et valoriser les compétences du savoir infirmier.⁹⁷

⁹⁷Disponible sur quesnel.stephan.free.fr/PROTOCOLE%20DE%20SOINS.doc

La démarche de l'amélioration de la qualité du service des soins a eu pour effet de formaliser un certain nombre d'attentes et d'exigences à l'égard des soignants, sans assurer les moyens pour y arriver. Le manque de temps pour parvenir à la pratique idéale est ainsi devenu plus flagrant d'autant que la procédure d'accréditation a entraîné une charge accrue pour les soignants.⁹⁸

Le rôle de l'infirmier s'avère crucial dans la prestation de soin en particulier et dans la concrétisation des démarches d'amélioration des résultats sanitaires en général, pour le cas du service d'urgence le lieu de notre étude, la majorité des infirmiers interrogés ne le voyaient pas comme un lieu de pratique clair, où ils pourraient contribuer à la performance du service des soins.

« Notre rôle est limité aux soins, c'est-à-dire on fait notre travail c'est tout quand on a un problème ou un matériel ou appareil cassé nous le signalons au registre, et puis il y a le chef de service qui fait le nécessaire et informe l'administration » [ISP, 26 ans, N°15].

Une autre infirmière en répondant a dit *« Je pense que nous participons d'une manière indirecte, quand on a la conscience professionnelle notre but est de donner la meilleure de nos capacités et de mettre tout notre savoir-faire en pratique » [ASSP, 35ans, N°19].*

« Les résultats sanitaires sont le travail de tous les praticiens de santé par leurs compétences mais aussi il faut qu'il y ait les moyens nécessaires sinon notre effort ne change rien, donc je pense le fait que j'assure les soins et les surveillances des malades et je suis les consignes des médecins c'est ça mon rôle et j'essaie de l'assumer » [ISP, 30ans, N°03].

Ces six dernières années, la Dr BESNER (Présidente du conseil canadien de la santé) a analysé la pratique infirmière dans quelques régions sanitaires de l'Alberta. Selon elle, le plus gros problème pour les diverses catégories de personnel infirmier vient du manque de définition précise des rôles. La sous-utilisation des compétences touche aussi d'autres professionnels de la santé. « Tous les soignants s'estiment

⁹⁸Marc LORIOU, Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant, document ENSP, France 2004. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00368391/document> consulté le 04/05/2018

capables de contribuer davantage - si on le leur demandait », a constaté la Dr BESNER. Plusieurs tendent à décrire leur rôle en faisant la somme de leurs tâches. Comme il y a un chevauchement évident des tâches pour de nombreux soignants, cette incapacité à distinguer les rôles d'après le savoir-faire fondamental de chaque discipline empêche d'articuler les apports particuliers à la prestation des soins.⁹⁹

Il faudrait reconnaître et valoriser l'intervention des infirmiers, au sein des équipes de soins, dans tous les aspects de leur exercice, notamment le suivi clinique des patients sur l'ensemble de leurs parcours, la prévention, les bonnes pratiques requises pour assurer une égalité d'accès aux soins et des traitements. Or pour l'exercice du métier de soignant, les compétences requises (savoirs médicaux, actes techniques, modes de communication, etc) ne sont pas identiques mais s'avèrent importante pour le résultat de tout le service en soin.

2.2. La qualité des soins et prise en charge des patients :

a. L'attention accordée aux patients lors des soins :

Dans le contexte de la démarche de prendre soin, il est nécessaire d'être préoccupé par la satisfaction des besoins des patients à tous les niveaux et non pas uniquement dans le côté physiologiques. Bien que ces besoins soient importants, la pratique des soins de qualité nécessite une prise en charge globale amenant à prendre en compte la personne dans son entier. Les infirmiers se doivent de prendre en compte la satisfaction des usagers du système de santé.

Les résultats de l'enquête révèle que les paramédicaux prennent en considération la particularité personnelle de leurs patients à savoir leur âge, leur niveau de compréhension du langage médical tel que la langue et les expressions à utiliser, ainsi que le respect de leur état d'apparence.

⁹⁹Le Forum d'innovation en santé, Dans le cadre du programme 2009 de l'IASI-CUSM, disponible sur <https://www.forumdinnovationensante.org/article/la-place-des-infirmieres-dans-un-systeme-de-sante-en-changement/> consulté le 04/05/2018.

Une infirmière en répondant dit « *D'une manière générale chaque cas est pris en considération selon son état, sa sensibilité, mais des sois on n'a pas le temps pour être plus Attentif* » [ISP, 24ans, N°02].

Une autre rajoute « *Nous recevons des patients de différentes régions de tout âge, de tout niveau social, et pour différents problèmes de santé, dans on est confronté à une large variation de patients, et de leurs accompagnateurs, je me concentre le plus sur le soin et au même temps j'essaie de m'adapter selon ces critères* » [ISP, 24ans, N°24].

« *Bien sur ça fait partie de mon travail je dois adapter mon comportement selon le patient* » [IS, 31ans, N°14]. Affirme une autre infirmière.

En limitant mon propos au seul domaine de la santé, le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. On voit ainsi combien la concrétisation de cette aide sera tributaire de la représentation que le soignant a de la santé.¹⁰⁰

Dans ce contexte, les infirmiers des urgences des UMC tendent à être attentifs à des sentiments, des aspects psychologiques et sociologiques anticipés dans le cadre d'une intervention ou d'un traitement donné. Par contre, les contraintes de temps et la charge de travail les rendent moins disponibles pour une écoute plus libre, pour laisser au patient la possibilité de faire advenir ses propres questions. La répétitivité des tâches de soins à assurer, ne facilite pas non plus une posture d'ouverture à l'autre, pas plus que les nombreuses listes de points à surveiller, vérifier, y compris dans le cadre des informations à dispenser.

Pour Walter HESBEEN il serait difficile de qualifier le soin infirmier sur des critères mesurables car cela tendrait à avoir une approche réductrice en cachant souvent la notion d'humanité dans le soin: « l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et

¹⁰⁰Walter HESBEEN, Prendre soin à l'hôpital, Inter Editions Masson, Paris, 1997, P 195.

habiletés techniques, y apparaissent comme les déterminants essentiels d'un soin de qualité »¹⁰¹

b. La relation soignant-soigné et l'éducation sanitaire :

L'ensemble des enquêtés ont parlé d'une certaine complication dans leur relation avec leurs patients, dans certains cas causé par la susceptibilité des patients et la projection de leur inquiétude en ayant des réactions à la défense.

Le problème de communication est aussi avec les accompagnateurs du malade.
« *La relation avec le malade dépend de lui, la nature de son besoin en santé et son caractère il y a des malades trop exigeants et gâtés, ça dépend aussi de notre situation parfois avec la charge de travail on est stressé et on devient des machines à soins* » [IDE, 53ans, N°11].

« *Les malades en général ont une mauvaise image sur les prestations de soins de l'hôpital donc notre relation démarre avec un manque de confiance de leur part, et ils ne considèrent pas nos efforts, nous avons le plus des problèmes avec les accompagnateurs du malade surtout sa famille ils se voient en priorité par rapport aux autres et ils nous accusent de négligence* » [ISP, 26ans, N°05].

La relation avec les proches est fondamentale, autant dans certains cas, elle peut être une ressource dans la prise en soin du patient, autant dans d'autres cas, elle peut nuire au projet de soin du patient comme le mentionne cet infirmier «*Par exemple il y a un cas où le patient comprenait bien la situation, et acceptait les soins mais un membre de sa famille harcelait l'équipe soignante car il était dans la contestation de la maladie et ne comprenait rien de ce qu'on lui explique, ce qui a mis son proche malade dans une situation de fragilité alors que le cas était urgent et il fallait l'opérer, tout ça nous a fait que perdre du temps surtout et a nous a mis dans une situation d'embarras* » [IDE, 50ans, N°20].

Un autre infirmier a répondu ainsi : « *la relation soignant- soigné est bonne pour moi, parce que l'infirmier doit s'adapter à la personne qu'il soigne et faire*

¹⁰¹Walter HESBEEN. La qualité du soin infirmier. 2ème édition, Paris : MASSON, 2002, P 60

attention à cette relation par ses gestes, son regard parfois le sourire peut rassurer le soigné, mais il y a des cas où ça ne marche pas, faute d'intensité de travail quand on a du mal à se concentrer sur les soins, de même la difficulté du malade crée des frictions dans cette relation. » [ISP, 55ans, N°07].

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant-soigné est : « *L'interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient* »¹⁰²

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 techniques* »¹⁰³

La relation infirmier/malade se caractérise aussi par le fait d'avoir un objectif éducatif et de suivi au même temps, 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.

Dans le cadre de l'enquête effectuée en cette étude, les infirmiers m'ont fait part des difficultés qu'ils ont pour réaliser des actions éducatives auprès des patients, certains la renvoient au manque de leur indisponibilité en raison de la charge de travail, d'autre trouvent que le patient se désintéresse.

« Très rarement, je le fait le plus pour les cas qui sont hospitalisés en leur expliquant certaines choses qu'il n'ont pas compris après la tournée des médecins entre temps que je leur donne le traitement ou fait la perfusion » [ISP, 26ans, N°15].

¹⁰²Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, 3ème édition, AMIEC Recherche, Paris : MASSON, 2005, page 235

¹⁰³André GIORDAN et autres, Psychothérapie, Vol. 16,1996,N°04.P189.

« Oui ça fait partie de mon rôle et de la continuité des soins mais je ne peux te dire que je le fait quotidiennement des fois je me retrouve seule dans la salle des soins donc pas le temps ni l'humeur » [ASSP, 30ans, N°17].

« Dans le cadre d la communication avec le patient, je fais en sorte de lui donner quelques conseils et informations sur son état ou bien des règles d'hygiène qui lui convient pour guérir rapidement mais pas toujours ça dépend du patients ou si les circonstances me le permettent. » [IS, 28ans, N°16].

L'éducation du patient a pour ambition de modifier des attitudes et des comportements et de délivrer des connaissances et des savoir-faire, mais ces objectifs sont centrés sur une meilleure appréhension de la maladie de ses symptômes et effets de son traitement et de son application, elle vise aussi à aider la personne à rester insérée dans sa vie sociale ou professionnelle.¹⁰⁴

Il serait donc à noter que pour avoir une relation dite bonne entre le soignant et le 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 la charge de travail vécue par les infirmiers fait en sorte de minimiser l'existence de ces éléments.

c. La qualité des soins et sécurité des patients :

Le service des urgences est la porte d'ouverture de l'hôpital la plus fréquentée, cela mérite un intérêt particulier pour une organisation de soins performante en recherchant d'atteindre les normes humanitaires en sécurité et assurance des patients,

« Nous n'avons pas tous les moyens qu'il faut on n'a pas assez d'espace et ça ne suffit pas pour tous les patients qu'on reçoit, nous les recevons dans un climat d'inconfort, mais pour le soin comme acte infirmier je le fait en toute sécurité » [ISP, 25ans, N°08].

¹⁰⁴ Yves LEJARD, Promouvoir l'éducation du patient : un des rôles de l'infirmier, Ecole Nationale de la Santé publique, Rennes, 2000.P 18, disponible sur <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2000/ig/lejard.pdf> consulté le 04/05/2018 à 22h00.

Pour un autre infirmier la sécurité des soins du patients comme une affaire de tout le service : « *Ce n'est pas seulement le rôle de l'infirmier de garantir un soin en sécurité c'est un tout, par exemple moi je fais en sorte de bien protéger le malade et le sécurisé mais une fois admis dans les chambre d'hospitalisations il se retrouve avec deux autre, personne minimum de différents cas même plus graves surement ça ne peut que le fragiliser, sans parler du fait de mettre homme et femme dans les mêmes chambre, cela c'est le rôle de l'organisation du service, des fois aussi ils assistent à des disputes* » [ISP, 50ans, N°06].

Une autre infirmière est plutôt positive « *Oui bien sûr la sécurité des soins du patient est primordiale je réalise mes tâches avec la conscience tranquille surtout que je fais de mon mieux même si le manque de temps et le manque d'effectif dans le service ne me permet pas de l'être toujours* » [ASSP, 26ans, N°13].

Pour des soins en sécurité l'augmentation de la charge de soin multiplie les risques d'erreurs, alors même que les soignants sont en première ligne pour affronter les exigences croissantes des patients et de leurs proches. L'insécurité devient un problème central.¹⁰⁵

On peut associer la sécurité des soins de différentes façons à la profession infirmière. Par exemple, un patient a besoin de se sentir en sécurité pour faire confiance aux soignants et accepter les soins qui lui sont nécessaires, que l'équipe doit lui prodiguer. Le patient doit aussi se sentir en sécurité, être informé de son état pour ne pas s'inquiéter, être serin.

L'autre lien se fait par rapport aux soignants, eux même doivent se sentir en sécurité pour être efficaces, tout faire pour le patient. Ils doivent travailler de façon optimale, sans risque, sans atteinte morale pour être en sécurité et de ce fait travailler dans de parfaites conditions. L'infirmier doit être informé des moyens de prévention et sur la manière de travailler en toute sécurité.

¹⁰⁵PascalMACREZ, Op cit, page 15

La profession infirmière au service des urgences est au centre de la procédure qualité des soins par les actes infirmiers et le contact direct avec le patient, le soignant se trouve passer du statut scientifique et médical à celui de professionnel de l'humain. En effet, cette profession à double rôle engendre à la fois une variation qui génère de la charge de travail vécu par l'infirmier en fonction des variations de flux des malades et une incertitude sur la qualité et la nature de la prestation attendue.

Chaque geste, chaque actes étant particulier, autant du défis quotidien face à de la charge de travail.

3. La vérification des hypothèses :

Après avoir analysé et décortiqué les données des entretiens réalisées auprès de la population d'étude, on procède à la vérification des hypothèses émises pour cette recherche :

1^{ère} hypothèse : - La charge de travail influence le rendement des infirmiers.

L'enquête réalisée illustre que la plupart des infirmiers urgentistes travaille sous une charge importante de par le déséquilibre entre demande en soins et effectifs pour y répondre, cette charge se répercute mal sur leur être et état de santé, ils ont démontré que leur service manque de bonnes conditions et moyens de travail ce qui rend difficile l'exercice de leurs fonctions et baisse obligatoirement leur rendement.

L'effet de la charge de travail des infirmiers sur leur rendement est donc présent, par les réponses et observations recueillis. À partir des résultats obtenus sur le terrain, on peut dire que notre hypothèse : «La charge de travail influence le rendement des infirmiers» est confirmée.

2^{ème} hypothèse : - La qualité des soins dépend de de l'activité des infirmiers.

A travers l'analyse des différentes données de l'enquête, on a eu une image réelle de la qualité des soins assurée par les infirmiers urgentistes, provenant de leur activité, on a pu voir que le contexte professionnel contribue à l'exercice de l'activité infirmière, le cumul des tâches provoque une altération dans la relation soignant-soigné, l'éducation de soins, la difficulté de respecter les protocoles et la sécurité des patients. Les résultats ont démontré relation de dépendance entre l'activité infirmière, la charge dont elle est affrontée et la qualité des soins offerts. De ce fait on peut dire que notre hypothèse « La qualité des soins dépend de de l'activité des infirmiers » est confirmée.

CONCLUSION

Conclusion :

Les établissements de santé en l'occurrence le CHU de Béjaia, font face à de multiples défis, la croissance des dépenses de santé, les progrès scientifiques et technologiques, les problèmes de démographie médicale, la montée des pathologies chroniques et l'évolution des comportements des usagers. Ces défis à la fois organisationnels et fonctionnels imposent aux professionnels de santé de plus grands défis pour être plus performants.

En conclusion à cette étude, dans le service des urgences du CHU de Bejaia, nous avons constaté l'existence d'une importante intensification du travail infirmier ce qui génèrent une baisse du rendement.

Notre analyse a prouvé que le travail des infirmiers urgentistes forme quotidiennement une pression et une intensité, ce qui influe sur la qualité des soins et de prise en charge des patients. Cette charge de travail résulte essentiellement du flux de malades et d'usagers, du manque d'effectifs infirmiers dans ce service, et de l'organisation de la prestation des soins relié à l'insuffisance de l'espace.

Nous avons soulevé aussi l'effet cumulatif qu'engendrent les conditions de travail difficiles et le manque de moyens matériels d'où l'apparition de certaines pathologies physiques et morales des soignants.

Selon les résultats de notre enquête, la qualité des soins serait dépendante du rôle de l'infirmier dans le service, son implication dans sa profession et du temps qu'il a pour s'occuper de chaque cas, en lui assurant une prestation qui comporte de l'humanisation des soins en parallèle aux soins techniques.

Notre travail de recherche a démontré que la charge du travail infirmier a effectivement un effet négatif sur la qualité des soins offerte aux patients, en empêchant les paramédicaux d'appliquer leur savoir et savoir-faire, et d'exceller dans leur domaine, mais en revanche de la charge de travail, quelle serait l'importance d'une bonne gestion des compétences et de qualification des infirmiers pour une meilleure qualité des soins ?

Les références bibliographiques

LA LISTE BIBLIOGRAPHIQUE :

I. Les ouvrages :

1. AMIEC, Ensemble d'infirmières et infirmiers, Dictionnaire des soins infirmiers, Lyon ,1995.
2. BALLAND Stéphane, BOUVIER Anne Marie, Management des entreprises en 24 fichiers, édition Dunod , Paris 2008.
3. BARRY Alpha Ousmane, Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne, édition Karthala, Paris, 2004.
4. BOISSART Marielle, le référentiel de formation infirmière, Ed Lammare, Paris 2013.
5. BOURDAIS Roland, Parcours originale d'un soignant en santé mentale, édition l'Hermattan, Paris, 2003.
6. BRANGIER Eric, LANCRY Alain, LOUCHE Claude, Les dimensions humaines dutravail, Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations, Edition Hal, 2004.
7. CARRICABURU Danielle et MENORE Marie, Sociologie de la santé, édition Armand, Paris 2004.
8. CNOCKAERT Jean-Claude et FLORU Robert, Introduction à la psychophysiologie du travail, Presses Universitaires Nancy ,1991.
9. COEUGNET Stéphanie et autres, Le travail humain, Edition Presses universitaires de France, 2011.
10. COMPAGNON Claire et SANNIÉ Thomas, L'hôpital un monde sans pitié, L'éditeur, 2012.
11. CRUCHANT Lucien, La qualité des soins, édition PUF, Paris, 2000.
12. DAYDE Marie-Claude et autres, Relation d'aide en soins infirmiers, éditions Elsevier Masson, paris, 2011.
13. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, 3ème édition, AMIEC Recherche, Paris : MASSON, 2005.
14. ESTERNE-BEHAR Madeleine, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, Edition Estem, Paris, 1997.
15. GUERIN, F, DANIELOU.F, DURAFFOURG & ROUILLEAU, Comprendre letravail Pour transformer, la Pratique de L'ergonomie. Edition ANACT, Lyon, France 2006.

16. HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier. 2ème édition, Paris : MASSON, 2002.
17. HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, Inter Editions Masson, Paris, 1997.
18. HURLIMANN Claire, Les principes généraux de la qualité, Ed ADSP, 2001.
19. MAGNON René, Les figures marquantes des soins infirmiers, 3^{ème} édition Masson, Paris 2008.
20. MAGNION René , Les infirmiers, 3^{ème} Edition, Ed Masson, Paris, 2003.
21. PIGANIOL Claude, Techniques et politiques d'amélioration des conditions de travail, édition ESF. Paris.
22. SAULNIER et BION, Management en réanimation évaluation, organisation et éthique, Ed scientifique et médicale ; Elsevier Paris, 2000.
23. WALTER Béatrice, Le savoir infirmier, édition Lamarre, Paris, 1988.

II. Les liens internet :

1. ACKER Françoise, Recherche en soins infirmiers, Edition association de recherche en soins infirmiers, N°93/2008. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-61.htm> .04/03/2018.
2. CHAÏT Rachid, Définition de l'ergonomie notion de contrainte et d'astreinte. Tâche et activité, faculté de Reims, 2006, medtrav54.free.fr/Dijon_09_06/Reims/def_ergo.ppt, 03/05/2018.
3. DIETRICH Perrine, Comprendre l'impact du stress organisationnel sur la qualité des soins infirmiers, Institut de Formation en soins infirmiers, hôpitaux civils de Colmar , 2013 .<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-dietrich-perrine.pdf>.10/03/2018.
4. DUSSAULT Julie, Mesure de la charge de travail aux soins intensifs, mémoire n° 158, Université de Lausanne, Août 2011 .<http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/89589.pdf>.
5. GAUDIN Maxime, Cours étudiants infirmiers, IFSI du C.H Edmond GARCIN , Aubagne, http://etudiantinfirmier.free.fr/soins_infirmiers/aerosoltherapie.pdf 05/03/2018.
6. 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 .

http://www.memoireonline.com/07/09/2417/m_Limpact-de-la-surcharge-du-travail-infirmier-sur-la-quaite-des-soins2.html. 07/02/2018.

7. KULIMUSHI KARUME Emmanuel, Impact de la surcharge du travail de l'infirmiersur 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, http://www.memoireonline.com/04/12/5667/m_Impact-de-la-surcharge-du-travail-de-linfirmier-sur-la-qualite-et-lerendement-des-soins-cas-de33.html. 07/02/2018.
8. LEJARD Yves, Promouvoir l'éducation du patient : un des rôles de l'infirmier, Ecole Nationale de la Santé publique, Rennes, 2000. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2000/ig/lejard.pdf>. 04/05/2018
9. LORIOU Marc, Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant, document ENSP, France 2004. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00368391/document>. 04/05/2018.
10. PHANEUF Margot. La qualité et la continuité des soins. Conférence prononcée dans le cadre du congrès de Coimbra, Portugal, février, 2005. http://www.infiressources.ca/bd/recherche/infiressources_documents/Qualite_continuite_soins.pdf . 23/01/2018
11. TSAKEU NEKDEM Arsène Raoul, Perceptions des personnels soignants de l'HôpitalGénéral de Yaoundé relatives à l'influence de la charge de travail sur leur état de santé,https://www.memoireonline.com/02/14/8744/m_Perceptions-des-personnels-soignants-de-l-Hpital-General-de-Yaounde-relatives--l-influence-de8.html#toc2902/02/2018.
12. ASI-SBK, Association Suisse des Infirmiers, « Ethique, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers » www.sbk-is.ch/webseiten/français/4pflege-f/pdl/Ethische%20Standpunkte%20_f.pdf.03/03/2018.
13. Comité OMS d'expert des soins infirmière, 1966 <http://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/>05/03/2018.
14. Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/fr>.01/02/2018.
15. Le conseil international des infirmiers sur le lien <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>. 01/03/2018.
16. Le Forum d'innovation en santé, Dans le cadre du programme 2009 de l'IASI-CUSM, <https://www.forumdinnovationensante.org/article/la-place-des-infirmieres-dans-un-systeme-de-sante-en-changement/>. 04/05/2018.

17. www.infirmier.com.05/03/2018.
18. https://fr.wikipedia.org/wiki/Charge_de_travail. 02/03/2018.
19. <http://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/>. 01/03/2018.
20. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000034079701&dateTexte=&categorieLien=id05/03/18>

III. Thèses et revues :

1. BENATIA Yacine, L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, Université Mentouri, Constantine, 2008.
2. BLONDEAU A, Cours en soins infirmiers. I.F.S.I, Ville franche.1999.
3. CANOUI Pierre et MAURANGES Aline, Le burn out le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse aux réponses, Édition Masson ,3^{ème} édition, Mai 2004.
4. FOURNIER Pierre-Sébastien et Al, Étude exploratoire des facteurs de la charge detravail ayant un impact sur la santé et la sécurité : Étude de cas dans le secteur des services- IRSST, Université Laval, octobre 2010.
5. FOURNIER Pierre Sébastien, Modèle de la charge de travail, Edition IRSST ,2004.
6. GAGNON Lisette, Elaboration et validation de critères de la qualité des soins et services dispensés en interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle axée sur l'intégration sociale, Université de Montréal, Août 2004.
7. GIORDAN André et autres, Psychothérapies, Vol. 16, 1996 ,N°04.
8. KARNAS Guy , DELOBE Nathalie , VANDERBERGHE Christian , Développement des compétences investissement professionnel et bien être des personnes, édition presse universitaire de louvain, volume 2, Belgique, 2003.
9. MACREZ Pascal, La crise hospitalière, Revue l'aide-soignante, N°67, Mai 2005.
10. Organisation internationale du travail, L'évolution de l'emploi, du temps de travail etde la formation dans les industries extractives, 1^{ere} édition bureau internationale de travail, Genève2002.
11. RABASSA Audrey , Une approche du concept de charge de travail par l'étude des trajectoires professionnelles du personnel soignant de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille , Laboratoire d'Economie et sociologie du travail Séminaire de thèse du 04/12/2006.

IV. Ouvrages de méthodologie

1. ACTOUF Omar, Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives des organisations, Les presses de l'université du Québec, 1987.
2. ALBARELLO Luc, Apprendre à chercher, l'acteur social et la recherche scientifique, 3^{ème}ed, de Boeck, Paris, 2007.
3. BERTHIER Nicole, Les techniques d'enquête en sociologie, 4eme édition, Armand colin, Paris, 2010.
4. FOURNIER Pierre Sébastien, Etudes exploratoire et recherche, édition IRSST, Québec, 2012.
5. GAUTHIER Benoit, Recherche sociale, 4^{ème} édition, Presses, l'université du Québec, 2004.
6. GRINSCHPOUN Marie, Construire un projet de recherche en sciences humaines et sociales, 2^{ème} édition Enrick, paris, 2014.
7. QUIVY Raymond et autres, Manuel de recherche en sciences sociales, 4^{ème} édition Dunod, Paris, 1995.
8. ZAGRE Ambroise, Méthodologie de recherche en sciences sociales, L'Harmattan, Paris,2013.

V. Textes législatifs :

1. Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.
2. Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.
3. Journal officiel de la République Algérienne n° 17 du 15 RabieEthani 1432 correspondant au 15 Mars 2011.

Les annexes

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions suivantes dans le cadre de la préparation du mémoire de Master en sociologie de la santé sous le thème : **la charge de travail des infirmiers et qualité des soins.**

I. Informations personnelles et professionnelles :

1. Le sexe : H F
2. L'âge :
3. Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé Veuf
4. Le grade :
5. Ancienneté professionnelle :

II. L'influence de la charge de travail sur rendement des infirmiers :

1. Pensez-vous que la charge de votre travail est plus physique ou morale ?
 2. Trouvez-vous que le manque de moyens et de conditions de travail vous cause une charge de travail vis-à-vis les demandes en soins ?
 3. Comment cette charge se répercute sur votre travail ?
 4. Trouvez-vous que le nombre de malades reçus par jour dépassent vos capacités d'assumer le service ?
 5. Quelles sont les effets personnelles que la charge de travail vous créent ?
- **Physiques**
 - **Morales**
6. Est-ce que l'organisation dans votre service (horaire de travail, système d'équipe, répartition des tâches) fait en sorte d'améliorer votre rendement ?

7. Trouver vous que l'intensité de travail vous empêche d'être performant et de donner de votre mieux ?
8. Face à des cas compliqués trouvez-vous assez de temps pour vous en occuper ?

III. La qualité des soins dépend de l'activité des infirmiers urgentistes.

1. Pensez-vous que votre service réponds à tous les besoins en soin des patients ?
2. Est-ce que la multitude des tâches que vous avez, vous empêche de suivre correctement les protocoles des soins ?
3. Avez-vous l'habitude de donner des informations, conseils aux patients pour les aider à comprendre leurs états ?
4. Quels est à votre avis la nature des services que vous pouvez assurer au patients en plus des soins ?
5. Prenez-vous en considération le caractère social des patients ou leurs compagnons (niveau sociale, niveau de compréhension) ?
6. Trouvez-vous des difficultés dans la relation soignant/ soigné avec vos patients ?
7. Est-ce que vous avez un rôle dans l'amélioration des résultats sanitaires dans votre service ?
8. Réalisez-vous des soins en sécurité, en protégeant vos patients des risques pouvant nuire à leur état physique ou mental ?

Organigramme du Centre Hospitalo -Universitaire de Bejaia

