

République Algérienne Démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA de Bejaia



Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Sociologie de la santé

Thème

LA RÉALITÉ DE LA CHARGE AU TRAVAIL ET LA
QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

Cas du service des urgences de l'EPH D' Amizour Béjaia

Réalisé par :
M^r OUKACI Yacine

Encadré par :
Dr NEGROUCHE

2020/2021

République Algérienne Démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA de Bejaia



Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Sociologie de la santé

Thème

**LA RÉALITÉ DE LA CHARGE AU TRAVAIL ET LA
QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS**

Cas du service des urgences de l'EPH D'Amizour Béjaïa

Réalisé par :
M^r OUKACI Yacine

Encadré par :
Dr NEGROUCHE

2020/2021

Remerciement

Tout d'abord :

*On aimerait remercier dieu de nous avoir donné la volonté
et la patience de pouvoir amener se travail à terme.*

*Nous adressons nos vifs remerciements à Monsieur
NEGROUCHE notre encadreur du mémoire de fin de cycle,
de nous avoir aimablement prodigué de conseils,
communiqué ses connivences et nous sommes très
reconnaissant pour ces critiques.*

*Nous remercions notamment tous nos enseignants du
département des sciences sociales et tous ceux qui ont
contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travail de
recherche.*

Nous remercions

*Également le directeur de l'EPH d'Amizour (Béjaia) pour
nous avoir accueillis durant notre stage pratique.*

Dédicace

*Au nom de dieu le tout puissant et au nom du prophète
mohamed (ص) je dédie ce modeste travail*

*Aux deux êtres les plus chers au monde, mes parents (YOUCEF et HAYAT)
qui n'ont pas cessé de m'encourager en me prodiguant de précieux conseils,
durant tout mon parcours éducatif. C'est avec émotion que je leur exprime
toute mon affection. Je vous aime papa et maman*

*A ma chère sœur LYDIA et mes chers frères SID ALI et MEROUNE et aussi à
ma très chère SONIA*

*A toute ma famille, oncles et grands parents MANINA et Ali paix a leur âme, et
aussi à AHMED et FATIMA*

A mon très cher ami IDIR BAHRI

Et à toute la promotion de corps gras 20202021

Yacine

Liste des abréviations

IU: Infirmier Urgentiste.

IB: Infirmier Breveté.

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat.

ISP: Infirmier de Santé Publique.

ISSP : Infirmier Spécialisé de Santé Publique.

IMSP : Infirmier Major de Santé Publique.

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SELF : Société d'Ergonomie de Langue Française.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

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

DRH : Direction des Ressources Humaines.

Sommaire

Introduction.....	1
-------------------	---

Le cadre Méthodologique de l'étude

Chapitre 01 : Détermination du sujet de recherche.

Préambule :	6
1-Les raisons du choix du thème :.....	6
a-Choix subjectifs :	6
b-Choix objectifs :	6
2- Les objectifs de l'étude :.....	7
3-Problématique :	8
4- Les hypothèses formulées :.....	12
5- Définitions des concepts et notions clés :.....	12
a-La santé :	12
b- l'infirmier :	13
c-Hôpital :	13
d- La charge de travail :	14
e- La qualité des soins :.....	14
6-Les études antérieures:	15
Synthèse du chapitre :.....	18

Chapitre 02 : Le protocole méthodologique et technique de l'étude

Préambule :	20
1-La pré-enquête et ses résultats :	20
a-La pré-enquête :.....	20
b-Les résultats :	21
c- Le pré-test :	22
2-Les méthodes utilisées :.....	24
3-Les techniques investigations utilisées :.....	25
a-Guide d'entretien :	26

4-L'échantillonnage et la construction de la population d'étude :	27
5-Obstacle de la recherche :	27
Synthèse du chapitre :	28

Le cadre théorique de l'étude

Chapitre 03 : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Préambule :	31
1-Conditions de travail :	31
2-Ergonomie :	34
3- Charge de travail :	37
4- Charge physique :	39
5- Charge Mentale :	40
6-La performance du travail l'infirmier :	42
Synthèse du chapitre :	44

Chapitre 04 : Travail infirmier, et qualité des soins.

Préambule :	46
1-Le diagnostic infirmier :	46
2- Gestion des soins relevant de son rôle propre :	46
3- Gestion du dossier de soins infirmiers :	47
4- Gestion de la relation soignant /soigné :	50
5- Critères de la qualité de soins :	54
Synthèse du chapitre :	59

Le cadre pratique de l'étude

Chapitre 05 : Présentation et analyse des données de la première hypothèse.

Préambule :	62
1-Présentation de l'organisme d'accueil :	62
2- présentation des données de la première hypothèse :	64
3- analyse des données de la première hypothèse :	69

4-Interprétation des résultats de la première hypothèse :74

Synthèse du chapitre :75

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse.

Préambule:78

1- présentation des données de la deuxième hypothèse :78

2-Analyse des données de la deuxième hypothèse :82

3-Interprétation des résultats de la deuxième hypothèse :89

4-Synthèse des résultats des deux hypothèses :90

Synthèse du chapitre:91

Conclusion93

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction

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

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

Plusieurs catégories de praticiens de santé sont confrontées à cette surcharge, à l'instar des médecins, des assistants(es) sociaux...etc. Les infirmiers Urgentistes de l'EPH d'Amizour (Bejaia) sont encore plus exposés à cette surcharge.

Cette frange de personnel subit une cadence de travail et une pression très élevée engendrée par le recours massif des patients à cet établissement de santé qui ne peut plus les satisfaire dans leurs globalités.

Cela accentue et augmente la surcharge de l'établissement en nombre de malades déjà fragilisés par le manque du personnel infirmier. Toutes ces situations mettent en péril le bien-être et la santé des infirmiers qui se trouvent dans un état lamentable de fatigue et de nuisance physique et morale, cet état entraîne des séquelles sur la prise en charge des patients.

Et pour bien mener notre étude sur la réalité de la charge au travail infirmiers et la qualité des soins prodiguées aux patients, cas de l'EPH d'Amizour (béjaia), qui nous permettra de comprendre les différents facteurs qui font dégrader la qualité des soins, nous avons répartie notre travail en trois parties à savoir :

La première partie intitulée cadre méthodologique de l'étude, qui se divisera en deux chapitres dans lesquelles nous allons déterminé notre sujet d'étude, et cela dans le premier chapitre, c.-à-d. les raisons du choix de notre thème de recherche, qu'elles soient subjectives ou objectives, et aussi monter les objectifs de notre étude, puis nous allons élaborer une problématique de recherche dans laquelle nous allons mettre en valeur notre sujet d'étude, en suite nous allons essayer de formuler deux hypothèses ou bien plus, qui vont nous donner des réponses précoces à nos questionnements, et ces dernières seront confirmées ou affirmées a la fin de notre recherche. Pour le deuxième chapitre nous allons démontrer le protocole méthodologique de notre étude, tout d'abord la pré-enquête, à quelle population s'adresse l'enquête ? Quelles sont les caractéristiques de cette population sur le plan démographique, sociologique, politique ? rechercher toutes les données pertinentes su cette population ou population similaire, juste après nous allons exposer les résultats de cette pré-enquête puis démontrer les méthodes adoptées et les techniques d'investigations utilisées à fin de bien mener notre recherche, et enfin quels sont les obstacles rencontrés lors de notre recherche..

En suite, la deuxième partie intitulée le cadre méthodologique de la recherche, qui elle aussi contiendra deux autres chapitres(3 et 4), dans le premier nous allons faire la description de la charge de travail et performances du travail infirmier sous toutes ses formes, conditions de travail, l'ergonomie, charge de travail, charge physique et mentale et en fin la performance du travail infirmier. Pour le deuxième chapitre nous allons tenter de comprendre quelques notions

relatives au travail infirmier, gestion des soins, gestion des dossiers des patients, gestion de la relation soignant/soigné et en fin les critères de qualité de soins.

Enfin, la partie trois intitulée le cadre pratique de l'étude, qui aura aussi de chapitres (5 et 6) dont le premier chapitre consistera à présenter et analyser les données de la première hypothèse, pareil pour le deuxième chapitre qui ce clôturera avec la présentation des résultats des deux hypothèses.

Le cadre Méthodologique de l'étude

Chapitre 01 : Détermination de sujet d'étude

Préambule :

1-Les raisons du choix de thème :

a-choix subjectifs :

b-choix objectifs :

2-Les objectifs de l'étude :

3-La problématique de la recherche :

4-Les hypothèses formulées :

5-Définition des concepts et notions clés :

6-Les études antérieures :

Synthèse du chapitre :

Chapitre 01 : Détermination du sujet de recherche.**Préambule :**

Dans toute recherche scientifique, le point le plus important pour les chercheurs est celui de savoir comment bien commencer son travail. Ce premier chapitre sera consacré au cadre méthodologique de notre étude, dans lequel nous essayons en premier lieu, de montrer et clarifier les raisons et les objectifs du choix de notre thème. Ensuite, nous allons présenter la problématique et les hypothèses formulées. Puis, nous définirons les concepts et les notions clés essentiels en rapport avec notre thème. Enfin, les études antérieures qui ont été menées sur notre sujet d'étude.

1-Les raisons du choix du thème :**a-Choix subjectifs :**

On ayant l'habitude de côtoyer des amis infirmiers, on a souvent tendance de discuter sur les phénomènes de notre société et de nos soucis quotidiens, et eux autant que professionnels infirmiers me communiquent souvent les différents problèmes et obstacles auxquels ils font face lors de leurs journées de travail.

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

b-Choix objectifs :

Au cours de nos visites effectués à l'EPH d'Amizour BENMERAD EL MEKKI, exactement au niveau des Urgences Médicochirurgicales de l'unité hospitalière, nous nous sommes rendu compte de l'importance du rôle des infirmiers du service des urgences dans la prise en charge des patients. La mission donnée à cette catégorie de professionnels de santé nous paraît tellement

pénible et les souffrances quotidiennes sont visibles en exerçant leur travail, c'est pour quoi nous avons décidé de mené une étude afin d'essayer de proposer quelques solutions en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patient, et prévenir le syndrome d'épuisement professionnel des infirmiers, pour obtenir une meilleure qualité des soins dans l'avenir pour cet EPH.

2- Les objectifs de l'étude :

La charge de travail est souvent sous-estimée par les institutions sanitaires notamment en Algérie, cela malgré les séquelles néfastes engendrées sur le plan physique, mental et psychologique de l'individu, donc nous avons voulu approcher cet aspect dans l'intérêt de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et des problèmes qui y sont relatifs et finalement de proposer des solutions en vue d'améliorer le cadre de vie non seulement du malade mais aussi du personnel infirmier.

Aujourd'hui, on trouve qu'il est temps de changer la réflexion sur cet Aspect pour garantir le bien-être socioprofessionnel des travailleurs. Notre objet de recherche tourne autour d'un certain nombre d'objectifs à savoir ;

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

3-Problématique :

La santé cesse progressivement d'être considérée comme une fatalité et le corps redevient un sujet de préoccupation. Ce mouvement concerne d'abord les élites, puis s'étend progressivement à l'ensemble de la société. La santé devient alors un droit que les États se doivent de garantir.

L'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, les associations du patient et le développement des maladies chroniques et des problèmes liés à la prise en charge de la vieillesse et de l'handicap, devraient contribuer à mettre au premier plan l'exigence d'une prise en compte de la subjectivité des patients et accorder une place centrale non plus simplement à la dimension thérapeutique et technique de la médecine, mais à la dimension des soins dans toutes ses acceptations.¹

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

« Plusieurs disciplines sont concernées par les relations entre le travail et la santé, parmi lesquelles nous pouvons citer, l'ergonomie, la médecine du travail, la prévention des risques, la toxicologie, la psycho dynamique, l'épidémiologie et la santé publique, mais aussi la sociologie, voire l'économie de la santé. »²

Pour Gollac Michel précise *« L'intensification du travail empêche les travailleurs de construire un compromis entre les objectifs de la production, leurs compétences et la préservation de leur santé. »³*

¹ Claire Compagnon et Thomas Sannie, **l'hôpital un monde sans pitié**, édition L'éditeur, 2012, P.P29- 30.

² Dopper Françoise, **Travail et santé**, sous direction de Pierre FALZON , Ergonomie, 1^{ère} édition, presse universitaire de France, Paris 2004, P69

³ GOLLAC Michel, cité par CARRICABURU Danielle et Marie MENORE, **Sociologie de la Santé**, édition Armand, paris 2004, P 156.

L'ergonomie autant que discipline s'intéresse aussi à la santé et la charge au travail. « L'ergonomie est une des contributions majeurs concernant la santé au travail. Le diagnostic économique peut être caractérisé comme une activité de conception. »⁴

Les établissements de santé sont caractérisés par une activité continue et intense. L'hôpital est censé offrir des prestations de soins jour et nuit pour répondre aux besoins des usagers. Les Urgences Médico Chirurgicales (UMC) se trouvent à l'avant-garde dans le processus général de la chaîne de soins. « *Un service d'urgences, c'est l'image, la vitrine de l'hôpital* »⁵.

« Les professionnels de la santé tentent de répondre au mieux aux besoins de la population en garantissant sa sécurité et une qualité optimale des soins. »⁶ Les Infirmiers Urgentistes sont l'un des acteurs impliqués fortement dans la prise en charge des patients.

En Algérie, les missions des cinq grades des infirmiers sont bien déterminées par la réglementation en vigueur qui figure sur le statut particulier des paramédicaux.⁷

Dans l'article 39, les infirmiers brevetés sont chargés, notamment, d'exécuter les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l'hygiène, à l'entretien et au rangement du matériel. L'article 40 révèle que les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés d'exécuter les prescriptions et les soins polyvalents.

A ce titre, ils sont chargés, notamment : de participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ; de favoriser le maintien,

⁴ Dopper Françoise, Op-cit, P 81.

⁵ Claire Compagnon et Thomas Sannie, Op-cit, P. 165.

⁶ Ibid, P. 23.

⁷ < Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique.

l'insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle ; de participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.

Outre, les infirmiers de santé publique sont chargés, notamment : de participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mentale des personnes, de réaliser des soins infirmiers relevant des tâches propres à leur mission, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d'extrême urgence sur la base de protocoles d'urgence écrits de contrôler, d'évaluer et de surveiller l'évolution de l'état de santé des patients d'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient; d'accueillir et de suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires comme indiqué par l'article 41. Dans l'article 42.

Outre les tâches dévolues aux infirmiers de santé publique, les infirmiers spécialisés de santé publique sont chargés, en fonction de leurs spécialités, notamment : d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification, notamment les soins complexes et spécialisés de participer à la formation des paramédicaux. La liste des spécialités citées ci-dessus est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

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

Mais cette qualité peut se voir être déformée par de lourdes tâches dont l'infirmier est appelé à remplir durant sa journée de travail

Après nos observations préliminaires du terrain lors de notre pré-enquête, on a constaté que le milieu des urgences accueille quotidiennement un nombre important de malades. Les observations montrent que le personnel paramédical est soumis à une importante charge de travail.

Le manque du personnel leur impose d'exécuter des tâches multiples à la fois et de s'occuper de plus d'un malade en même temps, les salles des patients sont débordées par leurs proches et cela ne permet pas aux infirmiers de réaliser leur travail dans les meilleures conditions.

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

Dans ce contexte, nous avons formulé les questions suivantes :

- La charge de travail est-elle génératrice d'une insuffisance de prise en charge des patients ?
- Le cumule des tâches dégrade-il la communication entre le soignant et le soigné ?

4- Les hypothèses formulées :

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

Selon Quivy Raymond, « *Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts, ou des phénomènes. Une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée* »⁸.

Notre enquête a été précédée par plusieurs lectures de quelques enquêtes et recherches portant sur la charge de travail et la qualité des soins infirmiers, alors nous sommes amenés à formuler deux hypothèses à savoir ;

1- L'insuffisance dans la prise en charge des patients, a pour cause la charge de travail chez les infirmiers.

Le caractère intensif de la charge de travail a pour conséquence la détérioration de la qualité des soins et de prise en charge des patients.

2- Le cumul des tâches du personnel infirmier provoque une altération dans la communication entre le soignant et le soigné.

La négligence de certains infirmiers à l'aspect de la communication, aussi, le personnel infirmier est dépassée, il ne trouve plus le temps de discuter avec les malades.

5- Définitions des concepts et notions clés :**a-La santé :**

L'organisation mondiale de la santé(OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement*

⁸ Raymond Quivy et, al, **manuel de recherche en sciences sociales**, 1ere édition, Dunod, paris, 1998, P 129.

*en une absence de maladie ou d'infirmité »*⁹ la santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être.

Tourné vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans la quelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoin, et d'autre part s'adapter à celui-ci¹⁰

b- l'infirmier :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Le terme infirmier doit être appliqué aux seules personnes qui dans un pays sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, les connaissances techniques, et le sens des responsabilités* »¹¹

Selon le Petit Larousse de la médecine, l'infirmier est défini comme « Auxiliaire médical qui donne habituellement les soins, soit à domicile, soit dans un établissement d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin ».

D'après le conseil international des infirmiers de 1956 » l'infirmier est celui qui ayant suivi un enseignement de base, est apte et habilité à assurer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers, que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades »¹²

c-Hôpital :

un hôpital est un établissement de soins qui accueille des patients qui y sont hospitalisés soit de manière programmée soit en urgence. Les hôpitaux sont en règle publics, par opposition aux cliniques privées, mais il y a aussi des hôpitaux

⁹ Organisation mondiale de la santé, n°2, P100 et entré en vigueur le 07avril 1948

¹⁰ OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), disponible sur : <http://www.who.int/fr>, consulté le 01/04/2021 à 13h30

¹² Suzanne.C.O'Connell Smelter,Brenda Bare, **Soins infirmiers en médecine et en chirurgie** :Brunner Suddarth, Volume 01, Edition renouveau pédagogique, Québec, 1994,P.156.

privés. Il existe toutes sortes d'hôpitaux : CHU (centre hospitalier universitaire), hôpital général ou centre hospitalier.

d- La charge de travail :

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

-L'astreinte est définie en référence à l'activité. Elle est en fonction de degré de mobilisation (physique, cognitive, psychique) de l'opérateur. Le terme de charge sera ici réservé à l'astreinte.¹⁴

-Charge et fatigue, la fatigue est la conséquence de l'astreinte. Elle est un état consécutif à un travail réalisé sous certaines conditions (C'est-à-dire une certaine contrainte), objectivable par des symptômes, et induisant une perte temporaire de et réversible d'efficacité. C'est cette réversibilité (au moins à court terme) qui définit la fatigue. Une perte non temporaire, non réversible serait une atteinte à la santé, une invalidité définitive.¹⁵

e- La qualité des soins :

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

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

¹⁴ GOLLAC Michel, Op-cit, P.178

¹⁵ Pierre FALZON, Op.cit, P. 178.

en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin »¹⁶.

La notion de qualité de soin est ambiguë. Elle a tout d'abord été circonscrite à l'aspect médical sans qu'en parvienne à en définir clairement les critères. Elle s'est progressivement marquée, elle aussi du sceau de la complexité. La qualité des soins n'est perçue comme telle que si ceux-ci sont prodigués dans des conditions de confort satisfaisant, à l'aide d'instruments dont la fiabilité puisse être garantie. De plus elle est subordonnée aux possibilités de financement des soins. La situation s'est encore compliquée par l'avènement de ce que l'on peut appeler la qualité prospective des soins.¹⁷

Selon DONABEDIAN, M.D (1995) fournir les soins de qualité consiste à · appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques ·.Les soins de qualité sont aussi des soins efficaces, globaux et intégrés¹⁸ .

Tandis que pour les clients et la communauté desservie, la qualité des soins doit répondre à leurs besoins délivrés de manière courtoise, à temps et à coût raisonnablement abordable.

6-Les études antérieures:

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

¹⁶ <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-difinition/>, Consulté le 02/04/2021 à 11h00

¹⁷ Jean Luis Funck-Brentano, **Le grand chambardement de la médecine**, Editions Odile Jacob, paris, 1990, P.173.

¹⁸ https://www.memoireonline.com/07/09/2417/Limpact-de-de_la-surcharge-du-travai-infirmier-sur-la-qualite-des-soins.html.

a- 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)¹⁹

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

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

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

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

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

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

¹⁹ Emmanuel KULIMUSHI KARUME, **Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité et le rendement des soins** (cas de l'hôpital Heal Africa à Goma, Institut supérieur d'informatique et de gestion de Goma ,2010, disponible sur : http://www.memoireonline.com/04/12/5667/m_Impact-de-la-surcharge-du-travail-de-linfirmier-sur-la-qualite-et-le-lerendement-des-soins-cas-de33.html, consulté le 25/03/2021 à 21h20

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

b- Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne (Hôpital Chorfa)²⁰

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

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

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

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

²⁰ KHELIF Houria et SAFI Kawther, Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne (Hôpital Chorfa), Ecole de Formation de Chettia-Chlef, 2009, disponible sur : http://www.memoireonline.com/07/09/2417/m_Limpact-de-la-surcharge-du-travail-infirmier-sur-la-qaite-des-soins2.html; consulté le 28/03/2021.

conduit à l'altération de la qualité de service des soins, et de la relation soignant soigné.

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

Synthèse du chapitre :

À travers ce chapitre, nous avons mis en lumière les raisons et les objectifs du choix de notre thème pour cerner l'objet de notre enquête à propos de la réalité de la charge de travail et la qualité des soins infirmier, et on mit en œuvre une problématique qui nous permettra d'élargir notre champ d'étude, pour mieux enrichir notre étude.

Chapitre 02 : Le protocole méthodologique et technique de l'étude.

Préambule :

1-La pré enquête et ses résultats :

a-Pré-enquête :

b-Les résultats :

c- Le prè-test :

2-Les méthodes utilisées :

3-Les techniques d'investigation utilisées :

4-L'échantillonnage et la construction de la population d'étude :

5-Les obstacles de la recherche :

Synthèse du chapitre :

Chapitre 02 : Le protocole méthodologique et technique de l'étude

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter notre pré-enquête et ses résultats et comment on a procédé, les méthodes adoptés et les techniques d'investigation qu'on a utilisé pour notre recherche ainsi que notre échantillonnage.

1-La pré-enquête et ses résultats :

a-La pré-enquête :

L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec le sujet. A quelle population s'adresse l'enquête ? Quelles sont les caractéristiques de cette population sur le plan démographique, sociologique, politique ? il faut rechercher toutes les données pertinentes sur cette population ou de population similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié.

la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses²¹.

Notre pré enquête a été réalisée au niveau de l'unité hospitalière de l'EPH d'Amizour, débutant du 03 avril 2021 jusqu'au 12 mai 2021, portant sur les infirmiers urgentistes travaillant au sein des UMC.

La pré-enquête que nous avons menée a eu pour objectif la connaissance du terrain d'étude. Elle a consisté à bien connaître la population des infirmiers

²¹ Omar Aktouf, **Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations**, 1987, Édition Macintosh, Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec, 2006. P 102

urgentistes œuvrant au sein de cette structure en termes d'effectifs, de la particularité de leurs tâches et les caractéristiques des conditions de travail.

b-Les résultats :

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

Ces contraintes peuvent s'expliquer par la charge de travail faute de manque flagrant en matière d'effectif (Cela peut aller jusqu'à vingt cinq (25) malades par jours, voire plus, par infirmier), ajouté à cela, le déficit en moyens matériels pour garantir une meilleure prise en charge.

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

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

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

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

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

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

La population mère de notre objet d'étude englobe trente cinq (29) paramédicaux, répartis en sept (07) unités à savoir, les salles d'observation, de déchoquage, de plâtre, des urgences pédiatriques, des urgences adultes, de bloc opératoire et de radiologie.

Pour assurer le fonctionnement jour et nuit des UMC, ils sont organisés en cinq (05) équipes. Dans chaque équipe se trouve cinq (05) infirmiers, deux 02 équipes travaillent le jour et 03 la nuit (système 2/2 le jour et 1/3 la nuit).

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

c- Le pré-test :

Durant notre stage dans le service des UMC, nous avons effectué (09) observations au niveau du service UMC pendant (40) jours. Nous avons effectué aussi des entretiens ouverts avec (05) infirmiers urgentistes.

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

Une charge de travail a été constatée et exprimée par les infirmiers du service UMC. Un infirmier peut effectuer plusieurs tâches à la fois. C'est ce que déclare un infirmier de salle de soins : « *Je m'occupe des soins comme les blessures et*

points de sutures pansements..., je reçois un nombre impressionnant de blessés par jour et des fois je m'occupe de toutes les tâches à la fois porter, soigner, nettoyerc'est trop pour un seul infirmier... » .

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

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

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

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

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

2-Les méthodes utilisées :

Les sciences sociales ont mis au point des moyens pour découvrir la réalité, une fois le projet de recherche est fixé il est important de s'organiser pour recueillir la donnée nécessaire à la vérification des hypothèses.

Donc pour un chercheur, l'utilisation d'une méthode bien déterminée est indispensable pour le bon fonctionnement de sa recherche et a fin de réaliser les objectifs visés.

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

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

Raphael Desanti et Philippe Cardon affirment que : « *les enquêtes qualitatives permettent d'entrer plus longuement dans les logiques des conduites individuelles grâce aux techniques d'entretien ou aux méthodes de l'observation ethnologiques (...). L'intérêt des enquêtes qualitatives est de gagner en profondeur, de restituer les logiques des conduites et des discours de manière plus approfondie* »²².

A travers de notre recherche on veut mener le contenu manifeste c'est-à-dire dévoilé le phénomène caché, et pour cela, il faut une très bonne écoute de la part de l'enquêteur a fin de comprendre le phénomène de notre étude, c'est pourquoi on a opté pour cette méthode.

²² Raphael DESANTI, Phillippe CARDON, **L'enquête qualitative en sociologie**, Edition ASH, Paris 2007, P.P.46-47

3-Les techniques investigations utilisées :

En évoquant l'analyse qualitative nous entendons, non pas la quantification des données qualitatives mais plutôt un processus non mathématique d'interprétation, entrepris dans l'objectif de découvrir des concepts et des rapports entre les données brutes afin de les organiser dans un schéma théorique et explicatif. Les données peuvent comprendre des interviews et des observations mais peuvent aussi inclure des documents, des films ou des vidéos, ainsi que des données quantifiées pour d'autres objectifs tels que des données de recensement.

Maurice Angers considère la technique comme : « *la technique représente un ensemble de procédés et d'instruments d'investigation utilisés méthodologiquement* »²³ .

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

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

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

Cet outil va nous permettre d'accéder à un maximum d'authenticité des discours, selon Raymond Quivy : « *L'entretien est une technique de collecte d'information orale, un événement de parole qui se produit dans une situation*

²³ Angers Maurice, **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Edition Casbah, Alger, P. 66

d'interaction sociale entre un enquêteur et un enquêté (sauf l'entretien collectif). C'est la raison pour laquelle il ne saurait être réduit à une simple démarche de prélèvement d'informations : le discours de l'acteur interrogé est prononcé in situ. Et de ce fait, la situation d'enquête conditionne à la fois la réalisation de l'entretien et l'interprétation du matériau recueilli »²⁴.

La méthode d'entretien se distingue par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine correctement mis en valeur, ces processus permettent au chercheur de retirer de ces entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches.

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

a-Guide d'entretien :

Le guide d'entretien est défini selon Alain Blanchet comme : « *Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire) et du type d'analyse que l'on projette de faire »²⁵*

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

L'objectif de notre première partie est l'identification de notre échantillon (IU). Ainsi, il nous est utile de préciser nos questions par rapport à l'âge, le sexe,

²⁴ Op-cit, P.184

²⁵ Alain Blanchet et al, (sous la direction de François de Singly), **l'enquête et ses méthodes d'entretiens**, NATHAN, Paris, 1992, P.61

la situation familiale, le grade, l'expérience professionnelle, et l'ancienneté dans le service des UMC.

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

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

Enfin, la quatrième partie est consacrée à l'influence de la charge de travail sur la relation soignant soigné.

Et pour cela, on a opté pour l'analyse thématique qui consiste à présenter les propos des enquêtés et ensuite les expliquer et les analyser.

4-L'échantillonnage et la construction de la population d'étude :

Vu que notre population d'étude est restreinte, contenant 29 paramédicaux, on a jugé qu'il est inutile de construire un échantillon, donc on a procédé à ce qu'on appelle en méthodologie l'enquête exhaustive qui consiste à prendre l'intégralité de la population d'étude sans exception.

On a jugé que le choix d'un échantillonnage va affaiblir notre récolte de données, vu qu'après un échantillonnage notre population d'enquête va devenir plus restreinte qu'elle y est, c'est pour cela qu'on a opté pour l'enquête exhaustive.

5-Obstacle de la recherche :

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

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

Chapitre 02: Le protocole méthodologique et technique de l'étude

L'encadrement au sein des UMC est assuré par une dame « chef de service » qui n'est pas toujours présente dans le lieu d'enquête ce qui pose parfois un problème l'aboutissement de notre travail.

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

Les propos récoltés en kabyle et arabe, nous est difficile de les interprétés en faveur de notre spécialité.

Synthèse du chapitre :

Dans ce chapitre, nous avons présenté, notre pré-enquête et ses résultats, qui nous à permit se bien cerner notre sujet d'étude et de le renforcer avec d'avantage d'informations et de données, on à aussi présenter les méthodes et les outils d'investigation utilisés et notre raison du non choix d'échantillonnage, ainsi que les différents problèmes rencontrés lors de notre stage.

Le cadre théorique de l'étude

Chapitre 03 : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Préambule :

1- Conditions de travail :

a- les conditions de travail générant des maladies :

b- les substances cancérigènes :

c- les agent biologique :

d- contraintes physique :

e- les conditions temporelles :

f- le travail posté :

g- le rythme de travail :

2-L'ergonomie

3-Charge de travail.

a- la contrainte.

b- l'astrainte.

4-Charge physique

a- au niveau de la tâche.

b- au niveau des conditions de réalisation de la tâche.

5-Charge mentale

6-La performance du travail infirmier

Synthèse du chapitre :

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Chapitre 03 : Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

Préambule :

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

1-Conditions de travail :

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

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

(patronat, syndicat) le terme conditions de travail peut recouvrir des éléments différents »²⁶.

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

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

a- Les conditions de travail génèrent des maladies :

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

b- Les substances cancérigènes :

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

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

²⁶ Antoine LAVILLE, Catherine TEIGER, **Ergonomie et économie du travail. Questions de méthodes**, Cahiers Irep/développement, Grenoble, 1982, n° 3, P.P 40-41.

c- Les agents biologiques :

Ils peuvent provoquer :

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

d- Contraintes physiques :

- Vibration, port de charge lourde, mouvements douloureux ou fatigants, mouvements répétitifs, postures pénibles, déplacement, position debout prolongée ;
- La manutention manuelle (atteinte à la colonne vertébrale, hernie discales, sciatique.... Etc. ;
- TMS : répétition, intensification, temps ;
- Le bruit : *« est la cause de nombreuses maladies, le risque le plus évident est celui de troubles de l'audition, allant jusqu'à la surdité. Le bruit peut aussi entraîner des insomnies, de troubles digestifs, de la fatigue²⁷ »* ;
- La pénibilité psychologique : épuisement professionnel, la fatigue.

²⁷ Michel Gollac et Serge Volkoff, **les conditions de travail**, Edition la Découverte, Paris, 2000, P.P.25-31.

e- Les conditions temporelles :

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

f- Le travail posté :

Les conséquences sur la santé, de même que sur la vie sociale, du travail de nuit. Les effets principaux du travail posté sur le rythme circadien :

- le rythme d'alternance veille-sommeil ;
- de la fréquence cardiaque ;
- de la respiration, des fonctions endocriniennes qui portent sur les troubles digestifs, quantité et qualité du sommeil, qui sont des effets nocifs du travail posté.²⁸

g- Le rythme de travail :

L'effet des cadences, dans le cas de travail à la chaîne en particulier. Non que ce type de tâche soit disparu ou que les cadences soient diminuées, mais parce qu'il est établi des effets négatifs sur l'organisme humain et sur la performance ; il est beaucoup moins pénible et plus efficace de pouvoir faire varier son rythme personnel tel que : les pauses, ralentir puis accélérer.....etc²⁹.

2-Ergonomie :

L'ergonomie a été initialement définie par une formule lapidaire comme étant « l'adaptation du travail à l'homme » (Fitting the job to the workers). L'objectif proposé est de faire en sorte que le travail quelles que soient sa

²⁸ Françoise Darses et Maurice de Montmollin, **l'ergonomie (une présentation très accessible et complète de l'ergonomie) le journal des psychologues**, 4^{ème} édition, édition la découverte, paris, 2006, P.68.

²⁹ Op-cit, P.69.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

forme, et les qualifications de celui qui le réalise, soit acceptable par l'organisme humain, physiquement et psychologiquement, qu'il n'entraîne aucune fatigue excessive, qui ne soit pas insidieusement dégradant, qui ne précipite pas le vieillissement normale de l'organisme et que l'homme au travail puisse parcourir une vie professionnelle de quelques dizaines d'années sans problèmes graves.

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

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

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

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

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

Alain Wisner, neurophysiologiste de travail et ergonomiste, définit l'ergonomie comme : « *La mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisées avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité* »³⁰.

On la considère aussi comme : « ... la technologie de l'aménagement des machines, des postes et des espaces de travail qui doit permettre de soutenir, dans des ambiances aussi confortables que possible, une charge de travail optimale et valorisante, en rapport avec les aptitudes physiologiques et psychologiques de chacun ». On la considère aussi comme une « *Etude multidisciplinaire du travail humain qui tente d'en découvrir les lois pour en mieux formuler les règles. L'ergonomie (du mot anglais ergonomics, néologisme forgé en 1949 à partir du grec ergon, travail, et nomos, loi, règle) est donc connaissance et action ; la connaissance est scientifique et s'efforce de déboucher sur des modèles explicatifs généraux ; l'action vise à mieux adapter le travail aux travailleurs* »³¹.

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

³⁰ Hugh Monod, Bronislaw Kapitaniak, Ergonomie, 2^e édition, Masson, Paris, 1999.P.01

³¹ A. Dumont, **Santé sécurité au travail et fonctions publiques**, édition Masson, Paris 2001, P71.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

l'homme des moyens technologiques de production, et des lieux de travail et de vie »³².

3- Charge de travail :

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

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

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

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

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

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

- définie en référence à la tâche

- objectifs et contraintes

- **Astreinte:**

- définie en référence à l'activité

- degré de mobilisation (physique, cognitive) du sujet

³² IV eme congrès international d'ergonomie de la SELF, 1969.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

effets du travail. La charge de travail est vue par l'ergonome à travers les réactions engendrées par ce travail »³³.

4- Charge physique :

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

a- Au niveau de la tâche :

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

b- Au niveau des conditions de réalisation de la tâche :

Nous citerons notamment : les horaires de travail (les horaires de nuit augmentent par exemple la fatigue et rendent plus pénible les activités physiques) ; Les ambiances thermiques chaudes (qui augmentent le rythme cardiaque, engendrant une fatigue plus importante pour les activités physiques) Les temps de récupération possible³⁴.

³³ Dr Rachid CHAÏT, **définition de l'ergonomie notion de contrainte et d'astreinte**. Tâche et activité, faculté de reims, 2006, disponible sur : medtrav54.free.fr/Dijon_09_06/Reims/def_ergo.ppt, consulté le 26/05/2021 à 22h45.

³⁴ <http://www.envidura.com/index.php/ergonomie/la-charge-physique-et-mentale>, consulté le 28/05/2021 à 17h00.

5- Charge Mentale :

Robert Karasek définit la charge mentale « Comme étant la charge de l'ensemble des informations que le travailleur doit appréhender et interpréter, pendant qu'il effectue les tâches affectant à son emploi (Sanders et Mac cornick, 1993, Wickens, 1984), ou encore selon le même auteur : « *Il ya surcharge et stress lorsque les informations à traiter dépassent les capacités de traitement des individus* »³⁵ .

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

Le travail mental ne s'oppose pas à celui physique, auquel il est intimement lié, le travail mental concerne tous les aspects de travail humain qui impliquent un traitement de l'information. Tout travail même le plus simple, le plus gestuel, est mental. Inversement, tout travail peut être qualifié de physique, puisque il implique toujours, outre ces mécanismes mentaux, des mécanismes physiologiques (musculaires pour maintenir la posture, etc.)³⁶.

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

³⁵ Robert Karasek, **Encyclopédie de sécurité et santé au travail** (sous direction de Jeanne Magerstellman), Volume 02, 3eme Edition, Edition Anglaise, Genève 2000, P.09.

³⁶ Madeleine Esterne-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Edition Estem, Paris, 1997, P.127.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

cette notion de charge mentale, ou cognitive ne peut être dissociée de la question du sens du travail pour celui qui l'effectue.

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

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

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

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

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

- La prise de décision.
- L'exécution de celle-ci.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

6-La performance du travail l'infirmier :

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

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

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

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

Un infirmier qui n'est pas encore à ce niveau de professionnalisme aura besoin de l'installation d'autres signes telle qu'une poussée d'hyper tension artérielle, une dyspnée...ect³⁷ .

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

³⁷ Marielle Boissart, le référentiel de formation infirmière, édition Lammare, paris, 2013, P.219.

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

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

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

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

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

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

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

Chapitre 03: Description de la charge de travail et performances du travail infirmier

particulièrement sensibles aux aspects non techniques des soins infirmiers tels que la communication d'information, l'empathie ou l'amabilité³⁸.

Synthèse du chapitre :

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

³⁸ Guy Karnas, Nathalie Delobe, Christian Vanderberghe, **Développement des compétences investissement professionnel et bien être des personnes**, édition presse universitaire de louvain, volume 2, Belgique, 2003, P.P.325- 326.

Chapitre 04 : Travail infirmier et qualité des soins

Préambule :

1-Diagnostic de l'infirmier :

2-Gestion des soins de l'infirmier :

3-Gestion des dossiers des patients :

4-Gestion de la relation soignant/-soigné :

5-Critères de la qualité des soins :

Synthèse du chapitre :

Chapitre 04 : Travail infirmier, et qualité des soins.**Préambule :**

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

1-Le diagnostic infirmier :

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

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

Le diagnostic infirmier s'effectue dès le début de la prise en charge du patient. Ce diagnostic permet de mettre en avant les besoins du malade.³⁹

2- Gestion des soins relevant de son rôle propre :

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

³⁹ Nathalie LELIEVRE, **Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles**, heures de France, paris, 2003, P.P. 34-35.

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

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

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

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

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

En effet, la surveillance des soins signifie de vérifier le suivi, l'évolution des gestes effectués, tel que le bon débit d'une perfusion, par exemple ou le suivi en postopératoire⁴⁰.

3- Gestion du dossier de soins infirmiers :

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

⁴⁰Nathalie LELIEVRE, Op-cit, P.36.

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

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

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

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

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

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

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

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

A- Contenu du dossier des soins :

- a- Fiche de connaissances du patient :** sur le plan médical, relationnel et physique permettant d'établir un bilan infirmier complet
- b- Fiche de processus des soins :** qui décrit les actions des infirmiers relevant du rôle propre de l'infirmier permettant ainsi l'efficacité du traitement.
- c- Fiche d'ordonnance médicale :** cette fiche fait partie intégrante du dossier médical, mais elle est incluse dans le dossier de soins du patient durant son hospitalisation afin de permettre à l'infirmier d'assurer l'exécution des soins.
- d- Fiche d'observation de l'équipe soignante :** qui retrace l'ensemble des informations relatives aux soins donnés durant le séjour du patient à l'hôpital.

B- Recommandations et suivi du dossier des soins infirmiers :

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

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

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

a- L'infirmier après chaque intervention :

- Note, date et signe les résultats des soins dispensés à la personne soignée ;
- Note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes les informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale⁴¹.

⁴¹ Ibid, P.44

4- Gestion de la relation soignant /soigné :

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

La relation se définit comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...] »⁴².

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

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

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

a- La communication :

« L'activité de communication occupe la majeure partie du temps professionnel : téléphoner, renseigner, informer, accueillir, discuter, lire, écrire, transmettre des informations »⁴³.

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

Le besoin de communiquer fait référence aux quatorze besoins de Virginia Henderson. Il s'agit d'un besoin essentiel qui se divise en trois dimensions : au niveau biophysique (la vue, l'ouïe, la parole, les expressions verbales, non

⁴² MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A, **Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné –** RueilMalmaison, Editions Lamarre, 2008, P. 9.

⁴³ AUDOUS G. et BARRES R, **Communication 2 , La communication dans le secteur du sanitaire et social ,** Vanves, Editions Foucher, 2005, P. 07.

verbales), au niveau psychologique (les émotions, les craintes, la capacité d'expression) et au niveau socioculturel (la culture, l'éducation, les normes)⁴⁴.

b- L'Observation :

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

« Observer » signifie « être attentif à ce qui est en face, à ce qui s'oppose à nous ». En soins infirmiers, nous pouvons donc dire que l'observation est l'action de considérer quelqu'un de façon à mieux la connaître⁴⁵.

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

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

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

c- L'écoute :

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

« L'écoute désigne une gamme d'attitudes allant de l'audition pure et simple (au Sens physico-biologique) à l'écoute active. [...] L'écoute active consiste à écouter

⁴⁴ Herve Brizon, Profession aide-soignant, tome 1, Edition heure de France, Paris, 1995, P.18

⁴⁵ Article de Dominique Friard, ISP Infirmiers.com – **L'observation, une perspective soignante** –, disponible sur : <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votrecarriere/l-observation-une-perspective-soignante.html>, consulté le 01/06/2021 à 15h45

une personne sans porter de jugement sur ce qu'elle dit, et à lui montrer que son message et ses sentiments sont bien compris »⁴⁶.

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

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

d- Le visage :

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

Le visage permet l'expression de six émotions principales : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse et le dégoût. Sans oublier que le visage permet le sourire, une communication à lui-même. « Un sourire, une marque d'attention et notre présence sont des petits gestes simples qui mettent à l'aise le patient. Tous les gestes sont entre les mains du soignant »⁴⁷.

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

e- Le regard :

Le regard est le premier sens qui intervient dans une relation. Regarder l'autre lui accorder de l'importance, lui porter de l'attention. Comme mentionné auparavant, l'observation représente une étape importante de la pratique

⁴⁶ AUDOUS G. et BARRES .Op-cit, P.45.

⁴⁷ HOFFMANN - WILD. E., **A la racine du soin : Le soin relationnel côté infirmière et côté patient**, SOINS, N°680, Novembre 2003, P.42.

infirmière, et cela passe par le regard. Regarder l'autre, c'est lui porter de l'intérêt, se montrer attentif à ce qu'il dit.

Le regard du patient au début de l'entretien va être fuyant, il ne regardera pas dans les yeux de l'infirmier. A ce moment précis, il semble ne pas être à l'aise. L'anxiété pouvait se lire dans son regard, ses yeux étaient grands ouverts⁴⁸.

f- La relation de confiance : La notion de confiance renvoie au sentiment de sécurité de celui qui se fie à Quelqu'un, ici à un soignant. Base de toute relation, elle n'est cependant pas acquise, mais se gagne au cours d'échanges. Selon Ricoeur, « l'absence de confiance empêcherait à chacun de s'ouvrir face à l'autre, de construire l'axe soi-autrui »⁴⁹.

g- Soin personnalisé :

L'accueil en service de chirurgie est un acte réalisé quotidiennement par les 13 Soignants. Ce moment qui possède un aspect purement administratif en façade, est cependant un moment clé pour la suite de l'hospitalisation.

Il représente un soin à part entière. Alors pourquoi un soin personnalisé ? Une admission se déroule en générale de manière identique avec une trame administrative. Toutefois, les patients sont différents. Un patient arrive au service avec son histoire, sa culture, ses expériences, ses craintes, ses questions. C'est alors au soignant, de savoir déterminer les priorités (aborder l'anxiété avec le malade, répondre aux questions pour le rassurer), d'adapter et d'optimiser son attitude afin de répondre au mieux à ses besoins, et d'ainsi de personnaliser le soin. L'individualisation et la personnalisation sont garantes de qualité⁵⁰.

⁴⁸ ROCHE Lydie, **L'impact de la relation soignant - soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire**, Soins Infirmiers, Institut de Formation en Soins Infirmiers, 2011, P. 16.

⁴⁹ Article de Ricoeur (philosophe français) cité par SANTIN A. (praticien hospitalier, service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP) – La relation de soin : une question de confiance ? – disponible sur : http://www.espaceethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=354 consulté le .03/06/2021 à 19h30.

⁵⁰ ROCHE Lydie, op-cit, P.18.

h- Savoir prendre le temps :

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

« Le soignant passe du statut d'ouvrier de soins à celui de professionnel de L'humain »⁵¹. On peut alors parler de **soin relationnel**.

5- Critères de la qualité de soins :

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

A- Sur le plan relationnel :**a- 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

⁵¹ BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I, **Communication soignant – soigné – Repères et pratiques**, IFSI Formations paramédicales, Bréal, Paris, 2007, P. 24.

de l'approche de la mort. Sans cette qualité de présence les soins infirmiers perdraient leur sens profond.

b- 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 réconforté par quelqu'un et accueilli de la manière la plus digne possible, dès sa rentrée dans son établissement sa perception en matière de qualité de soins prend forme.

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

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

c- L'enseignement au malade et à la famille :

Le troisième facteur lié 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 :**a- L'évaluation de la qualité des soins et de la charge en soins :**

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

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

b- L'analyse des pratiques professionnelles :

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

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

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

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

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

Cette pratique infirmière (Evidence Based Nursing) fondée sur les données probantes comprend d'abord la mise sur pied d'une observation systématique de la personne soignée, de ses difficultés, de ses valeurs et la poursuite de recherches sur les différents domaines impliqués dans les soins et ou intéressant le personnel.

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

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

d- La stimulation de la motivation et de la responsabilisation du personnel :

Deux autres facteurs interviennent dans le bon déroulement des soins, sont la stimulation de la motivation et de la responsabilité du personnel soignant, les

infirmiers valorisés et stimulés par leurs chefs 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 :**a- 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 ya peu de temps la douleur était considérée comme un symptôme normal au plan diagnostique et du suivi de l'évolution du malade.

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

La lutte contre la douleur sous toutes ses formes est maintenant reconnue comme un droit fondamental. Elle répond à une volonté éthique et humaniste qui constitue un des critères de qualité et d'évolution de nos systèmes de santé. Le rôle de l'infirmier face à la douleur est important, elle ne se tient pas qu'à l'administration d'analgésique, mais aussi à l'écoute, le réconfort, compréhension des malades.⁵²

b- Prévention des infections nosocomiales :

Nous touchons ici un aspect important de la qualité de soins, la propreté des lieux, la stérilisation du matériel médical et le lavage des mains. Le personnel soignant

⁵² Margot Phaneuf, inf. PhD, Conférence d'ouverture du 8e symposium de l'Hôpital Universitaire de Coimbra, Portugal (La personne au cœur du processus de soins : qualité et continuité), les 24, 25, 26 février 2005, consultable sur : <https://www.fichier-pdf.fr/2011/11/23/1-conference-coimbra-qualite-et-continue-des-soins/>, vu le : 04/06/2021 à 20h00

est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas répandre les agents infectieux aux malades. Conclusion : Dans ce chapitre nous avons présenté d'une manière générale, l'épuisement professionnel, le diagnostic infirmier, la gestion des soins, la gestion des dossiers et la relation soignant-soigné et enfin les critères d'une prise en charge de qualité. Tous ces points abordés nous ont permis de comprendre tous les aspects du travail infirmier ce qui nous éclaireront d'avantage dans la progression de notre sujet d'étude.

Synthèse du chapitre :

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

Le cadre pratique de l'étude

Chapitre 05 : présentation et analyse des données de la première hypothèse

Préambule :

1-Présentation de terrain de recherche ou de l'organisme d'accueil :

2-Présentation des données de la première hypothèse :

3-Analyse des données de la première hypothèse :

4-Interprétation des résultats de la première hypothèse :

Synthèse du chapitre :

Chapitre 05 : Présentation et analyse des données de la première hypothèse.

Préambule :

Dans ce chapitre, on va procéder à la présentation de l'organisme d'accueil, puis on va présenter les données de la première hypothèse, ensuite on va les analyser, afin d'obtenir des résultats qui confirmeront ou affirmeront notre hypothèse.

1-Présentation de l'organisme d'accueil :

L'Etablissement public hospitalier d'AMIZOUR, baptisé « **HOPITAL BENMERED EL MEKKI** » dont l'ouverture remonte au cours de l'année 1992 pour renforcer le secteur sanitaire d'AMIZOUR.

Il est créé suite à la prolongation de la nouvelle carte sanitaire en application du décret exécutif 07-140 de 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPH et EPSP.

Implanté à 24 Km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 224 lits technique, la population couverts s'élève à environ 160.000 habitants relevant des huit communes (Amizour, Barbacha, El kseur, smaoun, Benjelil, Feraoun, Kendira et Fenaia) ainsi que la population relevant des communes des wilayas limitrophe(Sétif)..).

A- Les caractéristiques de l'établissement :

L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

Et il comprend :

- Pavillon de l'urgence médico-chirurgicale (03 lits organisés) composé de deux unités :

a- Unité d'accueil, tri, et mise en observation

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

- Partie réservée aux adultes : 07 lits
- Partie réservée aux enfants : 03 lits.

b- Réanimation médicale : unité d'hospitalisation : 05 lits

- Le bloc opératoire (04 salle opératoires), dont 01 pour les urgences
- Une salle de réanimation chirurgicale, 05 lits
- Un service d'imagerie médicale avec deux salles de radiologues conventionnelle et d'une salle de scanner.

- Un service de laboratoire d'analyse médicale.

- Un service pharmacie.

- Une banque de sang.

- Un bureau des entrées

- Service d'hospitalisation :

- Pédiatrie

- maternité-gynécologie

- Médecine interne

- Chirurgie générale

- Oncologie

- Réanimation médicale

- Service d'épidémiologie

- Service de médecine du travail.

- Ressource humaine :

La demande de soins augmente ainsi que les exigences de la population, mais le

personnel n'évolue pas dans les mêmes proportions, ni en compétence, ni en effectifs.

L'EPH d'Amizour souffre du sous effectifs, en personnel médical, paramédical, technique (exemple : un seul technicien biomédical).

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

- Insuffisance de certain spécialité ; gynécologie, cardiologue, médecine interne...etc.
- Manque des paramédicaux spécialiste notamment les multipliers en imagerie médicales, les laborantins, les assistants médicaux....etc.
- Manque d'agents de prévention et de sécurité, ouvriers professionnels en

2- présentation des données de la première hypothèse :

Tableau n°01 : la population d'enquête

Les enquêtés	Situation familiale	sex e	âge	Ancienneté dans le service des UMC	Expérience professionnel	garde
Enquêté n°01	marié	M	32 ans	03ans	12 ans	ISP
Enquêté n°02	mariée	F	38 ans	04ans	15 ans	IDE
Enquêté n°03	célibataire	F	26 ans	01ans	04 ans	ISP
Enquêté n°04	marié	M	55ans	04ans	32 ans	IDE
Enquêté n°05	mariée	F	46ans	03ans	23 ans	IDE
Enquêté n°06	célibataire	F	27ans	01ans	06 ans	ISP
Enquêté n°07	mariée	F	36ans	02ans	12 ans	ISP
Enquêté n°08	marié	M	48ans	03ans	20 ans	IB
Enquêté n°09	mariée	F	41ans	02ans	21 ans	IDE
Enquêté n°10	célibataire	M	29ans	01ans	07 ans	ISP
Enquêté n°11	marié	M	51ans	04ans	26 ans	ISSP
Enquêté n°12	célibataire	F	25ans	01ans	05 ans	ISP
Enquêté n°13	mariée	F	52ans	03ans	30 ans	ISP
Enquêté n°14	marié	M	33ans	02ans	11 ans	ISP
Enquêté n°15	célibataire	M	36ans	02ans	14 ans	ISP
Enquêté n°16	marié	M	45ans	03ans	17 ans	IDE
Enquêté n°17	marié	F	42ans	03ans	20 ans	IDE
Enquêté n°18	mariée	F	39ans	02ans	16 ans	ISP
Enquêté n°19	mariée	F	28ans	01ans	08 ans	ISP
Enquêté n°20	célibataire	M	38ans	03ans	16 ans	IDE
Enquêté n°21	marié	M	33ans	01ans	13 ans	ISP
Enquêté n°22	marié	M	48ans	04ans	24 ans	IB
Enquêté n°23	célibataire	F	44ans	01ans	05 ans	ISP
Enquêté n°24	marié	M	37ans	02ans	15 ans	ISP
Enquêté n°25	marié	M	43ans	04ans	22 ans	IDE

a- Manque d'effectif :

« Cette charge est causée par le manque de personnel qui ne peut pas répondre aux nombres élevés des enfants malades...etc. » [IDE, 55 an, n° 04]

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

Un autre confirme : « ...eh oui, une forte concentration des malades contre un nombre très réduit d'infirmiers ». [ISP, 36ans, n° 07]

« Les médecins chefs doivent signaler qu'il y a un nombre d'effectif très faible, ils nous prescrivent trop de tâches à faire, on a besoin d'aides soignants pour laisser les soins qui nous font perdre du temps (bandages, stérilisation, s'occuper d'hygiène...) et s'occuper directement de notre travail ». [ISP, 25 ans, n° 12]

« On manque ici d'aide soignants, tout seule je n'arrive pas à m'occuper de toutes les tâches qui me sont destinées... ». [IB, 48 ans, n° 22]

Dans ces premières données les infirmiers du service des urgences nous confirment qu'il y a un manque d'effectif terrible, qui laisse les infirmiers s'occuper de plusieurs tâches à la fois, et cela handicape le travail des infirmiers et le ralentit, si chaque infirmier s'occupé d'une tâche bien déterminée, les infirmiers auraient moins de concentration de patients, a fin de réaliser leur travail convenablement, et de mener leur tâches dans les meilleur circonstances.

b-Manque de moyens matériels :

« ...les lits ne suffisent pas, nous avons trois lits, nous sommes sensés de faire évacuer les patients vers d'autre services... » [ISP, 39 ans, n° 18] un autre ajoute : « ...trois lits qui accueillent proches et patients surtout les moments de visites, c'est vraiment peu... » [ISP, 33 ans, n° 14].

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

« ...il faut ajouter le nombre de lits pour faire face à la demande croissante... » [IDE, 41 ans, n° 09]

« Déjà notre salle possède un lit et une table, avec un seul infirmier qui reçoit un nombre important d'usagers... ». [IDE, 42 ans, n° 17]

« ...un manque de lits surtout dans le service de tri sept box sont insuffisants » [IB, 48ans, n° 08]

« ... il nous faut au moins trois autres lits et trois autres système d'accrochage de perfusion, vous savez ? Les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après les soins faute de manque de lits... » [IDE, 38 ans, n° 20].

« ... un seul lit pour une demande assez conséquente ... ». [IDE, 45 ans, n° 16]

Les infirmiers urgentistes de l'EPH d'Amizour nous confirme le de manque de moyens matériel, table de soins et de lits d'hôpital ce qui les empêche de faire face à la demande croissante des patients, surtout que dans la plupart des cas, les patients sont toujours accompagnés par leur proches, alors le peu de matériel qui se trouve dans cet hôpital ne peu pas faire face au taux des usagers qui fréquentent les lieux, alors la dégradation du service et inévitable.

c- Pression temporelle :

« Quand il y a un débordement de patients, chacun aurait besoins d'une prestation de soins spécifique, des soins qui devait se réalisés dans un laps de temps, pour passer aux autres demandeurs qui attendent leurs tour... » [IB, 48ans, n° 08].

« ...je me sens en mode alerte, le médecin vous submerge de prescription qui doivent être prodiguées le plus rapidement possible et les visiteurs vous mettent la pression... » [ISSP, 51 ans, n° 11]

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

« ...il y a une succession de tâches intenses qui doivent être exécutées dans un temps réduit pour passer à un autre cas, cela me met dans un état d'alerte inimaginable ». [IDE, 38ans, n° 02]

« Le nombre du personnel avec lequel je travaille ne suffit pas, il y a trop de tâches à réaliser en même temps et le plus vite possible ». [ISP, 37ans, n° 24]

« Les difficultés rencontrées sont la multiplicité des tâches, que je dois réaliser en même temps (soigner, déplacer un patient d'un coin à un autre... ». [ISP, 39ans, n°18].

La aussi on trouve qu'il ya une pression temporelle, c.-à-d. que les infirmiers sont confronter à une course à la montre, dont ils doivent réaliser des soins dans un laps de temps, ensuite passer à d'autres soins sans même pouvoir se remettre de la première tâche, et des fois ils sont obligés de réaliser plusieurs tâches à la fois, et cette situation leur mets la pression.

d-Les astreintes d'ordre physique :

« Oui, je souffre d'une hernie discale, et des fois je fais des faux gestes qui m'infligent une souffrance difficile surtout au port des malades ». [ISP, 44ans, n° 23],

« ...des fois j'ai mal au dos ». [IB, 48 ans, n° 08].

« ...j'ai un mal au niveau du dos et les vertèbres ». [IB, 48 ans, n° 22].

« ... J'ai des troubles de colon causé par le stress et un peu mal au cou ». [ISP, 29 ans, n° 10],

« ... je souffre des varices » [IDE, 41 ans n° 09]

« J'ai des varices, car je suis tous le temps debout ». [ISP, 52 ans, n° 13].

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

Les infirmier des UMC souffrent de douleurs physique, varices à force de se mettre posture debout pendant les heurs de leur travail, des maux au niveau du cou, et il y en a même des infirmiers qui souffre d'hernie discale, et tout ça à cause de la charge qu'ils subissent dans leur travail.

e-Astreintes d'ordre mental :

« Non, je ne présente pas de troubles physique mais je suis très stressé ».
[IDE, 43 ans, n° 25],

« ... je ne dors pas assez ». [ISP, 33 ans, n° 21]

« ... des fois il m'arrive de sauter une prescription que mes collègues me font tout de suite connaitre, ou je me trompe de patient, au lieu de lui faire un soin suivant son cas je lui fais celui d'un autre patient tellement que je suis surchargée... ». [IDE, 42 ans, n° 17].

« ... je me sens dépassé dans mon travail il m'est difficile de me concentrer sur plusieurs actions à la fois ». [ISP, 28 ans, n° 19].

«Les difficultés rencontrées sont la multiplicité des tâches, que je dois réaliser en même temps (soigner, déplacer un patient d'un coin à un autre tout seul quelques fois, et même jouer le rôle d'un psychologue, trois (03) malades à la fois, donc trois soins différents des fois je me sens embrouillé dans ma tête».
[ISP, 37 ans, n° 24]

« ...il y a une succession de tâches très intense qui me met dans un état d'alerte incroyable ». [IDE, 55 ans, n° 04]

« ...comme vous pouvez le constater je fais les va et vient sans arrêt pour m'occuper des trois malades, ça me met dans un état de pression énorme » [ISP, 26ans, n° 03],

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

Il arrive aux infirmiers d'oublier, de se concentrer mal dans leur travail, ils se sentent dépasser, une perturbation énorme dans le sommeil, alors ils dorment peu, des états de pression causés par la charge au travail, chose qui laisse l'état psychique des infirmiers très faible.

f-Astreintes d'ordre social :

« ... parfois, des conflits entre collègues et médecins se manifestent ». [IDE, 45 ans, n° 16],

« ...le médecin nous submerge de prescription et les visiteurs nous mettent la pression des fois il y a des bagarres ». [ISP, 52 ans, n° 13].

Des conflits entre infirmiers et médecins sont omni présent, à cause de la lourdeur des prescriptions des médecins à l'égard des des infirmiers, qui laisse ces derniers se révolter. Et par fois il y a même des bagarres qui se déclenchent entre visiteurs et infirmiers, à cause des obstacles dû à la male organisation dans le déplacement des familles des patients, qui freinent l'accomplissement de leur travail.

3- analyse des données de la première hypothèse :

Nous allons donc, dans cette partie de notre travail, coordonner et organiser les différentes informations récoltées par le biais des entretiens qu'on a pu réaliser avec un nombre de vingt cinq (25) paramédicaux. Comme nous l'avons souligné précédemment dans la partie théorique, la charge au travail peut se traduire par des astreintes en réponse aux contraintes.

a-Les contraintes de la charge au travail :

Comme nous l'avons cité précédemment, le manque d'effectif est soulevé par l'ensemble des enquêtés sans exception, cet état des lieux oblige les paramédicaux à accomplir des tâches parfois, qui ne sont pas les siennes. Pour causes, pénurie en matière d'effectif, les conditions de travail de la corporation

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

des infirmiers se détériorent. Ce qui réduit leurs perfectionnements et leurs rendements . Le secteur infirmier semble plus particulièrement touché, à la fois parce que le travail se fait 24 heures par jour et parce que la pénurie de main d'œuvre est particulièrement criante.

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

Cette charge est causée par le manque de personnel qui ne peut pas répondre aux nombres élevés des patients malade, donc en effectif infirmier, c'est un handicap pour le service des UMC le personnel s'épuise au fur et à mesure pendant la journée.

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

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

Tandis que « *le travail réel est celui qui est effectivement réalisé par le titulaire et qui se traduit objectivement par la contribution de l'agent à une production mesurable en situation de travail. Le travail réel se situe entre le travail prescrit et le travail vécu (tel qui le vit et le perçoit il est bien sur plus difficile de l'appréhender* »⁵³.

Il faut dire que les grades de la même corporation (Paramédicale), sont amenés à honorer les mêmes rôles. Ce qui crée une anarchie dans l'organisation

⁵³ Diane Gabrielle Tremblay, *Articuler emploi et famille : Le rôle du soutien organisationnelle au cœur de 03 profession*, édition PUQ, québec, 2012, P.P. 117.118

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

et la définition des tâches. Aussi, le manque en matière de personnel aide-soignant est toujours évoqué.

Sur ce point, les médecins chefs doivent signaler qu'il y a un nombre d'effectif très faible, ils leur prescrivent trop de tâches à faire, alors qu'ils ont besoin d'aides soignants pour laisser les soins qui leur font perdre du temps (bandages, stérilisation, s'occuper d'hygiène...) et s'occuper directement de leur travail

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

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

D'après notre enquête, le service des UMC de l'EPH d'Amizour enregistre un manque en moyens matériels, nos observations du terrain nous ont déjà indiqué qu'il y a un manque de lits dans les services ou les malades n'arrivent plus à être logés durant les soins, ils sont obligés de les évacuer vers d'autre service pour libérer les places aux patients en attentes, même cas dans chaque service face à l'augmentation de la demande de soins donc il faut ajouter le nombre de lits pour faire face à la demande croissante

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

À ce propos un enquêté nous a révéler qu'ils leur faut au moins trois autres lits et trois autres système d'accrochage de perfusion, car les cas les plus graves sont admis dans ce service de déchoquage, la salle doit être libérée immédiatement après les soins faute de manque de lits.

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

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... »⁵⁴

*Les Urgences du de l'EPH d'Amizour (Bejaia), sont submergées par les usagers, à chaque instant, de nouvelles entrées de patients qui encombrant les couloirs déjà presque complets, le personnel ne sait ou se donner la tête.

Ils s'occupent d'un nombre en un temps record dépassant ses capacités. Quand il y a un débordement de patients, chacun aurait besoins d'une prestation de soins spécifique, des soins qui devait se réalisés dans un laps de temps, pour passer aux autres demandeurs qui attendent leurs tour.

Face aux flux de malades lors des heures de visites, le médecin exige d'exécuter les prescriptions dans des délais record tandis que l'infirmier est assommé par d'autres actes : « ...*je me sens en mode alerte, le médecin vous submerge de prescription qui doivent être prodiguées le plus rapidement possible et les visiteurs vous mettent la pression...* » [ISSP, 51 ans, n° 11] dans le même sillage un autre nous dit : « ...*il y a une succession de tâches intenses qui doivent être exécutées dans un temps réduit pour passer à un autre cas, cela me met dans un état d'alerte inimaginable*». [IDE, 38 ans, n° 02] son collègue le confirme en disant : « *Le nombre du personnel avec lequel je travaille ne suffit pas, il y a trop de tâches à réaliser en même temps et le plus vite possible* » [ISP, 37 ans, n° 24]

Ceci est soutenue par son partenaire : « *Les difficultés rencontrées sont la multiplicité des tâches, que je dois réaliser en même temps (soigner, déplacer un patient d'un coin à un autre...* » [ISP, 39 ans, n° 18].

⁵⁴ Roland Bourdais, **Parcours originale d'un soignant en santé mentale**, édition l'Hermattan, paris, 2003, P.27

b-Les astreintes de la charge de travail :

Le personnel paramédical des UMC de l'EPH d'Amizour exécutent des actes d'une cadence spectaculaire, à chaque instants ils sont interpellés à réaliser des tâches qui dépassent leurs capacités normales ! De ce fait, ils sont amenés à porter, pousser, se tenir debout à longueur de la journée, ce qui engendre des maux physiques et troubles mentales à force de leurs acharnements au quotidien.

*Quand le personnel paramédical est sous une pression de travail qui dure tout au long de la journée, cela peut provoquer un malaise physique du au fait qu'ils sont tous le temps debout, ou le fait qu'ils portent des patients très lourd ou encore effectuent des activités intense musculaires « Le travail des soignant(e)s comporte un poids significatif d'activités physiques, les opérations nécessitent des activités musculaires intense, prolongés et répétées »⁵⁵

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

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

La multiplication des tâches peuvent aussi réduire la capacité de traitement de l'information du paramédicale causé par la quantité énorme de concentration sur différents soins pour différents patients .

La pression due à la succession sans arrêt de travail, provoque une sorte d'alerte dans la tête des paramédicaux. Il faut savoir que « *La fatigue qu'elle soit perçue comme une sensation physique ou un sentiment psychique, joue un effet*

⁵⁵ Aubert René Eccli, Clotild Giujazza, Op-cit, P.91.

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

*pleinement son rôle de sonnette d'alarme et préviens un sujet désabusé ou surmené... »*⁵⁶

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

C'est dans ce contexte que les infirmiers nous déplorent qu'il y a des conflits entre leurs malades et collègues et même avec leurs supérieurs du à la surcharge de travail : « ... *parfois, des conflits entre collègues et médecins se manifestent* » [IDE, 45 ans, n° 16], les médecins ne respectent pas l'état physique ou d'esprits des paramédicaux, ils prescrivent en quantité et ajoutent au fur et à mesure ; par ailleurs , les visiteurs et patients ne facilitent pas la tâche des infirmiers car ils sont très exigeants, parfois, ils peuvent aller jusqu'à se bagarrer avec leurs soignants :

Simon Landau nous déclare « *Les relations plutôt destructives et marquées par l'absence de confiance mutuelle, de soutien et de coopération, élève le niveau de tension et de stress au sein du groupe ou de l'organisation* ». ⁵⁷

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

4-Interprétation des résultats de la première hypothèse :

Après l'analyse des données de notre première hypothèse, on a constaté que l'intégralité des réponses répond à nos estimations concernant notre hypothèse proposée au début de notre enquête et qui est :

⁵⁶ Aubert René Eccli, Op-cit, P.11.

⁵⁷ Simon Landau, André Arsenault, **Stress estime de soi et santé au travail**, éditions PUQ, Québec, 2009, p 61.

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

- l'insuffisance dans la prise en charge des patients, a pour cause la charge au travail chez les Infirmiers Urgentistes de service des urgences de l'EPH d'Amizour.

Or les résultats de notre enquête nous montre que, la charge de travail et omni présente dans l'accomplissement des tâches des infirmiers urgentiste dans leur quotidien, ce qui provoque une insuffisance dans la prise en charge des patients du service des UMC, et cela est du au manque d'effectif qui oblige les Paramédicaux d'accomplir plusieurs tâches parallèles, engendrant un écart entre le travail prescrit et le travail réel, ce qui laisse la qualité de la prise en charge médiocre.

Concernant le manque d'effectif comme nous l'avons déjà souligné lors de notre analyse il est soulevé par l'ensemble des enquêtés sans exception, cet état des lieux oblige les paramédicaux à accomplir des tâches parfois, qui ne sont pas les siennes, pour causes, pénurie en matière d'effectif, les conditions de travail de la corporation des infirmiers se détériorent. Ce qui réduit leurs perfectionnements et leurs rendements.

Le manque de moyens matériel, crée aussi une désorganisation au niveau des UMC, ce qui laisse place a une charge de travail énorme, et aussi a des mal entendus, et manque de compréhension de la part des patients, alors cela affecte le mental de ces infirmiers qui travaillent au sein de ce service (UMC), poussant ces derniers a manifester des comportement inappropriés vis-à-vis de leur patients.

Synthèse du chapitre :

Après l'analyse et l'interprétation des résultats de la première hypothèse, l'enquête réalisée démontre que, la plupart des infirmiers urgentistes jugent que leur service est soumis à une charge de travail intense, ils ont expliqué que leur

Chapitre 05: Présentation et analyse des données de la première hypothèse

milieu est difficile pour l'exercice de leurs fonctions et perturbe davantage leurs travail.

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

De ce fait, la charge au travail dans ce service est donc confirmée par les propos recueillis. À partir des résultats obtenus sur le terrain, on peut dire que notre hypothèse :

«L'insuffisance dans la prise en charge des patients, a pour cause la charge au travail chez les Infirmiers Urgentistes de service des urgences de l'EPH d'Amizour.» est confirmée.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

Préambule :

1-Présentation des données de la deuxième hypothèse :

2-Analyse des données de la deuxième hypothèse :

3-Interprétation des résultats de la deuxième hypothèse :

4-Synthèse des résultats des deux hypothèses :

Synthèse du chapitre :

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse.

Préambule:

Dans ce présent chapitre nous allons procéder à la présentation des données de la deuxième hypothèse puis l'analyser, ensuite nous allons présenter les résultats des deux hypothèses en même temps, et enfin synthétiser les résultats des deux hypothèses.

1- présentation des données de la deuxième hypothèse :

A-Les données de la charge au travail, organisation des soins :

a-Répartition des équipes et organisation des soins :

« Dans le service de tri, il y a une organisation moyenne, le seul problème c'est par rapport au chef, notre nombre est de trois infirmiers on s'entraide entre nous, parfois, le médecin chef déplace un infirmier vers un autre service et nous laisse à deux confrontés aux nombres flagrant des patients » [ISP, 25 ans, n°12].

« Le chef de service doit laisser au moins trois infirmiers par service chacun complète l'autre, au lieu d'ajouter du personnel ils transfèrent » [IB, 48 ans, n°22].

: « Les médecins chefs doivent signaler qu'il y a un nombre d'effectif très réduit, ils nous prescrivent trop de tâches à faire, on a besoin davantage d'aides soignants pour laisser les tâches qui ne fait perdre du temps (bandages, stérilisation...) et s'occuper directement de notre travail » [ISP, 38 ans, n°18].

Une mauvaise gestion de par les médecins du service, qui organisent mal l'emplacement des infirmiers, faute de manque d'effectif, le médecin se trouve obligé de transférer du personnel infirmier a un autre service pour compléter le vide, donc le peu personnel qui reste se trouve confronter, à l'accomplissement de tâches qui ne sont pas les siennes

b- L'espace détermine l'organisation des soins :

« *On trouve souvent des difficultés pour s'organiser dans le service vu l'exigüité qui nous handicap* » [IDE, 41 ans, n°09].

« *Nos couloirs et salles d'attente sont saturés la population est en constante augmentations notre service ne peut fonctionner dans les normes.* » [ISSP, 51 ans, n°11].

« *...vous savez les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après soins faute de manque de lits, ce qui pose problème les patients tardent d'être sorties nous causons ainsi de difficultés à gérer les autres... »* [IDE, 38 ans, n°20].

Un manque de moyens matériel, et de l'espace handicape le bon fonctionnement des activités infirmière, la saturation des salles d'attente et des couloirs par les patients et leur familles augmente la pression, et crée une désorganisation au sein du service ajouter à cela le manque de place de lit d'hôpital ce qui rend l'accomplissement des tâches plus difficile.

c- Flux des patients et organisation des soins :

Un enquêté nous dit :« *il faut doubler le contrôle dans ce service (UMC)* » [ISP, 36 ans, n°15].

Les agents de sécurité laissent entrer les civiles sans contrôle, ce qui fait que lors des visites il ya un monde fou qui ajoute un stress supplémentaire, alors les infirmiers ont du mal à affronter ce flux de patients, qui des fois adressent des paroles durant l'intervention des infirmiers et sa les déconcentre.

d-Conflits au travail et organisation des soins:

« *Les obstacles rencontrés c'est la difficulté d'écoute de quelques infirmiers, il ya des fois une sorte de tension entre nous* » [ISP, 26 ans, n°03].

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

« ...l'épuisement résultat de la multiplication des tâches et des fois mène à des conflits entre collègues et médecins » [ISP, 32 ans, n°01].

« L'organisation dans le service est un peu difficile, des fois la chirurgie se fait ici et on fait entrer d'autres malades en même temps, et les infirmiers des fois n'écoutent pas ».

« ...les agents garde sont des fois difficiles, ils laissent les malades et repartent » [IDE, 46 ans, n°05].

« Il ya quelques dysfonctionnements de la part de quelques infirmiers quelques uns tardent de revenir après la pose du coup, le nombre des malades augmente, attendent et cela engendre des conflits déjà le manque d'effectif et ajoutez le retard... » [ISP, 29 ans, n°10].

Des maux entendus s'installent parmi les infirmiers, et cela est dû à la désorganisation et à la multiplicité des tâches ce qui rend la communication entre ces derniers très difficile.

e-Lenteur de l'administration et organisation de soins:

« L'administration des fois tarde de faire affectations, et les malades restent en attente en observation et stressent alors on subit des agressions de toutes sortes » [ISP, 36 ans, n°07].

Les malades de ce service subissent les retards commis par l'administration, que ça soit au niveau de l'affectation du personnel ou au niveau de la paperasse administrative, ce qui dégrade la qualité du service.

B-les données de la charge au travail et relation soignant-soigné :

a-Pression Temporelle et relation soignant/soigné :

« Non, j'ai vraiment pas de temps pour discuter avec mes patients... », [ISP, 26 ans, n°23].

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

« *Le temps nous permet jamais de discuter avec les malade.* », [ISP, 25 ans, n°12].

« *bein !, si nous arriverons à finir les soins recommandés, c'est déjà beaucoup* », [IDE, 43 ans, n°25].

« *Le temps pour nous est un élément essentiel, une minute peut être décisive pour un patient.* », [ISP, 27 ans, n°06].

La communication entre soignant et soigné et totalement absente, faute du manque du temps, ce qui fait l'absence d'une bonne relation entre soignant et soigné, chose qui est primordiale pour une bonne qualité de soins.

b-Comportement agressif et relation soignant/soigné :

« *On trouve toujours des difficultés avec les patients, ils nous agressent, comme je l'ai dit avant, notre médecin chef a fait l'objet d'une agression par un proche de malade* » [ISP, 33, n°14].

« *Certains malades ont un caractère violent et vulgaire, parler avec eux est impossible...* ». [ISP, 52 ans, n°13].

« *la relation ne peut exister si les patients et leurs proches sont agressifs envers les soignants* », [IDE, 46 ans, n°05].

« *Personnellement, je trouve rarement des difficultés* » dit un Infirmier Breveté parmi les quatre, [IB, 48 ans, n°22].

« *Nous ne trouvons pas de difficultés au urgence pédiatrie car on a affaire avec des enfants* » [IDE, 43 ans, n°25].

« *Non, ils sont la plupart du temps attentifs, surtout à nos conseils, rares sont les moments ou ils sont agressifs* » [IDE, 45 ans, n°16].

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

Les patients et leur famille ont tendance à agresser verbalement et des fois même physiquement le personnel infirmier, alors qu'ils subissent une pression majeure, mais les usagers ne comprennent pas leur situation. Alors que dans le service de pédiatrie, les infirmiers trouvent moins de difficultés car ils ont à faire à des enfants.

2-Analyse des données de la deuxième hypothèse :

a-Charge au travail, organisation des soins :

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

Selon les propos qu'on a pu récupérer auprès des enquêtés, un problème d'ordre organisationnel a été toujours soulevé. Cette désorganisation est due entre autres, à une mauvaise gestion des équipes soignantes par le médecin chef: « *Dans le service de tri, il y a une organisation moyenne, le seul problème c'est par rapport au chef, notre nombre est de trois infirmiers on s'entraide entre nous, parfois, le médecin chef déplace un infirmier vers un autre service et nous laisse à deux confrontés aux nombres flagrant des patients* » [ISP, 25 ans, n°12].

Les responsables des services transfèrent en permanence leurs infirmiers qui sont sous leurs responsabilités, pour combler le manque enregistré dans un autre service : « *Le chef de service doit laisser au moins trois infirmiers par service chacun complète l'autre, au lieu d'ajouter du personnel ils transfèrent* » [IB, 48 ans, n°22].

Selon Vincent Lemieux déclare sur ce point que souvent dans le service des urgences « Il y a un climat général de morosité et d'épuisement dans le système

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

de santé, crée notamment par une surcharge de travail des professionnels, et plus particulièrement par des décisions de gestion axés sur le court terme »⁵⁸

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

Un des enquêtés nous rapporte que les espaces du service des UMC, handicape l'organisation des soins, d'où la nécessité de le réaménager. La capacité d'accueil réduite donne des résultats néfastes sur le plan fonctionnel et organisationnel: « *On trouve souvent des difficultés pour s'organiser dans le service vu l'exigüité qui nous handicap* » [IDE, 41 ans, n°09].

Un autre infirmier nous rapporte que les couloirs et les salles d'attente encombrés infecte le fonctionnement normal du service des UMC: « *Nos couloires et salles d'attente sont saturées la population est en constante augmentations notre service ne peut fonctionner dans les normes.* » [ISSP, 51 ans, n°11].

un autre évoque la difficulté de gestion des patients : « *...vous savez les cas les plus graves sont admis ici, cette salle doit être libérée immédiatement après soins faute de manque de lits, ce qui pose problème les patients tardent d'être sorties nous causons ainsi de difficultés à gérer les autres...* » [IDE, 38 ans, n°20].

Dans ce contexte Lucien Aubert dit dans son ouvrage « *Il semble que chaque service gère la fraction de chaîne qui lui incombe...ce qui produit des retards, des dysfonctionnements et des énervements qui contribuent largement à*

⁵⁸ Vincent Lemieux, le système de santé au Québec : **organisation, acteurs et enjeux**, édition PUL, Québec, 2003, p.320

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

dégrader les conditions de travail au sein de chacun des services concernées, mais aussi l'image que chaque service se fait du reste de l'hôpital »⁵⁹ .

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

Pour Alpha Ousmane Barry « ...*la gestion du flux des malades et la répartition du personnel en fonction des besoins ne sont pas ce qu'elles devaient être ...* »⁶⁰

Les obstacles rencontrés sont souvent la difficulté d'écoute de quelques infirmiers, il ya des fois une sorte de tension entre eux qui influe mal sur la qualité des soins, l'excès de l'épuisement amène à des conflits entre les infirmiers et médecins.

L'un des infirmiers évoque aussi le mauvais comportement de quelques agents de garde : « ...*les agents garde sont des fois difficiles, ils laissent les malades et repartent* » [IDE, 46 ans, n°05], les uns évoquent le retard dans la reprise du travail surtout aux alentours de midi : « *Il ya quelques disfonctionnements de la part de quelques infirmiers quelques uns tardent de revenir l'après-midi du coup, le nombre des malades augmente, attendent et cela engendre des conflits déjà le manque d'effectif et ajoutez le retard...* » [ISP, 29 ans, n°10].

Selon Francesco Borghero, « ... *Il y a le conflit entre les infirmiers, les aides soignants et les patients. Ces derniers accusant les premiers de tous les maux, irresponsabilité, corruption, arrogance, brutalité, irrespect...* »⁶¹.

⁵⁹ Lucien Aubere, René Eccli , Clotild Giujazza, Op-cit, P.97.

⁶⁰ Alpha Ousmane Barry, **Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne**, édition Karthala, paris, 2004, P.350.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

*Une infirmière nous a précisée que l'administration tarde des fois à faire les affectations et les fichiers relatifs aux patients engendrant un surplus d'usagers dans les salles d'observation : « *L'administration des fois tarde de faire affectations, et les malades restent en attente en observation et stressent alors on subit des agressions de toutes sortes* » [ISP, 36 ans, n°07].

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

b-Charge de travail et relation soignant-soigné :

Développer une relation de qualité avec son malade est une étape qui contribue à l'accélération de la guérison, pour André Giordan « *La communication et le relationnel sont toujours un complément contribuable à la guérison. La communication thérapeutique à l'instar des gestes technique.* »⁶².

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

Sur ce porté, une infirmière nous révèle qu'elle n'a pas le temps pour discuter avec les malades : « *Non, j'ai pas vraiment pas de temps pour discuter avec mes*

⁶¹ Francesco Borghero, Journal de Francesco Borghero premier missionnaire du dahomey 1861/1865, édition Karthala, paris, 1997, P.249.

⁶² André GIORDAN, Alain GOLAY, Stéphane JACQUEMET, Jean-Philippe ASSAL, **PSYCHOTHÉRAPIES**, Vol. 16,1996, No 4, P.P. 189-193.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

patients... », [ISP, 26 ans, n°23] ,dans le même sens une autre infirmière confirme : « *Le temps nous permet jamais de discuter avec les malade.* », [ISP, 25 ans, n°12].

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

D'après presque la totalité des interrogés, c'est la prise en charge médicale qui prime, ils se sont pas rendu compte de la place occupée par l'aspect relationnel dans la prise en charge correcte du patient. Un Infirmier déclare sur ce sillage avec des grimasse de colère : « *bein ! si nous arriverons à finir les soins recommandés, c'est déjà beaucoup* », [IDE, 43 ans, n°25].

Une IDE soutient le même propos dit : « *Le temps pour nous est un élément essentiel, une minute peut être décisive pour un patient.*», [ISP, 27 ans, n°06].

Pour conclure, il faut dire que la relation soignant soigné ne peut se concrétiser si on ne lui accorde pas le temps nécessaire. Les Infirmiers Urgentistes exerçant aux UMC de l'EPH d'Amizour Bejaia, sont en rupture relationnelle avec leurs patients faute de temps. Le facteur temps est un élément très utile pour nouer des relations saines avec leurs patients notamment pour établir un diagnostic initial sur le cas du malade : « *L'infirmier est confrontée à des injonctions paradoxales il lui est demandé : efficacité, rapidité, technicité, rentabilité et en même temps de prendre soin de la personne malade dans sa globalité. Cette démarche nécessite du temps pour connaître les besoins de la personne, poser les problèmes les diagnostics infirmiers et optimiser le raisonnement clinique infirmier* »⁶³.

⁶³ Marie-Claude Daydé, Marie-Luce Lacroix, Chantal Pascal, Eliette Salabaras Clergues, **Relation d'aide en soins infirmiers**, éditions Elsevier Masson, paris, 2011, P.02.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

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

Sur cette question, un infirmier dit : « *On trouve toujours des difficultés avec les patients, ils nous agressent, comme je l'ai dit avant, notre médecin chef a fait l'objet d'une agression par un proche de malade* » [ISP, 33, n°14].

La violence et l'agressivité de certains malades font parties du quotidien des infirmiers chaque jours ne passe sans qu'ils soient violentés par leurs malades : « *Certains malades ont un caractère violent et vulgaire, parler avec eux est impossible...* ». [ISP, 52 ans, n°13].

Une IU ajoute: « *la relation ne peut exister si les patients et leurs proches sont agressifs envers les soignants* », [IDE, 46 ans, n°05].

dix infirmiers sur vingt cinq seulement ont déclarés qu'ils ont de bonnes relations avec leurs malades : « *Personnellement, je trouve rarement des difficultés* » dit un Infirmier Breveté parmi les quatre, [IB, 48 ans, n°22].

Au niveau des Urgences pédiatriques, un paramédical souligne l'inexistence de problèmes d'ordre relationnel : « *Nous ne trouvons pas de difficultés au UP car on a affaire avec des enfants* » [IDE, 43 ans, n°25], un autre nous a dit que leurs malades sont attentifs et rares sont les moments de violence : « *Non, ils sont la plupart du temps attentifs, surtout à nos conseils, rares sont les moments ou ils sont agressifs* » [IDE, 45 ans, n°16].

Nous constatons à travers les propos cités-ci-dessus, que la violence et l'agressivité au milieu des UMC est un phénomène fréquent, notamment dans les Urgences Adultes, cela, provoque une rupture relationnelle entre les

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

professionnels et les usagers. Par conséquent, l'efficacité et la performance des soins de qualité demeurent insatisfaisantes.

Le facteur temps est un élément très utile pour nouer des relations saines avec leurs patients notamment pour établir un diagnostic initial sur le cas du malade. Pour Madeleine Esterne Behar : « *Les agressions à l'encontre du personnel infirmier sont presque exclusivement perpétrés par des patients. Toute fois des cas d'agression ou de violence de la part de membres de la famille du patient ou d'autres membres du personnel de santé ont été signalés* »⁶⁴ .

*Notre enquête révèle que les paramédicaux participent rarement à l'éducation de leur patients comme le révèle un paramédical : « *rarement ou je trouve l'occasion de faire passer des messages, je fais l'éducation des malades en leur expliquant comment ils doivent prendre leurs traitements et leur régime* », [ISP, 37 ans n°24].

Certains paramédicaux trouvent des difficultés de langage pour faire passer des messages de sensibilisation et de prévention, à l'image d'un infirmier qui déplore : « *Oui, de temps en temps, je sensibilise mes malades concernant les prises médicamenteuse, le traitement, le dosage, mais parfois je rencontre des difficultés notamment avec la frange moins instruite dont le message ne passe pas facilement.* » [IDE, 38 ans, n°02].

En conclusion, les réponses de nos interlocuteurs nous amène à dire que l'éducation sanitaire est parmi les volets délaissés dans le processus global des soins infirmiers au niveau des UMC de l'EPH d'Amizour Bejaia, cela malgré son indispensabilité pour garantir des soins de qualité.

L'éducation des malades est une étape très essentielle dans la prise en charge sanitaire, elle permet de conseiller, expliquer tous les aspects de la maladie dans le but de rendre les soins le plus efficace possible. « *L'éducation sanitaire*

⁶⁴ Madeleine Esterne Behar, Op-cit,P.57.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

devrai donc avoir pour objectif premier d'éveiller chez chacun le sens de ses responsabilités envers sa propre santé »⁶⁵.

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

3-Interprétation des résultats de la deuxième hypothèse :

Après avoir analysé les données de la deuxième hypothèse on arrive aux résultats suivants :

L'organisation joue un rôle primordiale pour une prise en charge de qualité, chose qui est absente au sein des UMC de l'EPH d'Amizour, et cela demande d'avantage d'effort de la part de l'administration afin d'aboutir à des résultats satisfaisants, qui joueront en faveur de l'administration elle-même, des infirmiers et surtout des patients.

Nous avons aussi résulté que les infirmiers urgentistes rencontrent des difficultés relationnelles avec les patients à cause de la charge au travail qu'ils subissent, car ils ne trouvent plus le temps de connaître et de comprendre leurs patients.

Pour la majorité des Infirmiers Urgentiste de l'EPH d'Amizour Bejaia, la pression temporelle est omni présente. Le volume du travail subit au quotidien infecte d'une manière directe la relation du soignant avec le soigné. Outre,

⁶⁵ Marc Neyroud, Malade notre médecine ? édition l'âge d'homme, paris, 1978 P.95.

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

l'occupation en continue, ne leur permet pas de discuter avec les malades et leur familles.

il faut aussi dire que la relation soignant soigné ne peut se concrétiser si on ne lui accorde pas le temps nécessaire. Les Infirmiers Urgentistes exerçant aux UMC de l'EPH d'Amizour Bejaia, sont en rupture relationnelle avec leurs patients faute de temps.

Donc le la pression temporelle, le manque du temps et le cumule des tâches prescrites aux infirmiers urgentistes de l'EPH d'Amizour provoque une altération dans la relations entre soignants et soignés.

Après les résultats de cette hypothèse.

Alors notre deuxième hypothèse qui est :

- Le cumule des tâches du personnel infirmier provoque une altération de la communication entre le soignant et le soigné.

Vient d'être confirmée par le baie des résultats de nos données et de notre enquête qui montre que les infirmiers urgentistes rencontrent des difficultés relationnelles avec leurs patients à cause de la charge qu'ils subissent, car ils ne trouvent plus le temps de connaitre leurs malades, et nous avant résulter aussi que le cumule des tâches provoque une alternation dans la relation soignant/soigné.

4-Synthèse des résultats des deux hypothèses :

Concernant la charge au travail, l'enquête réalisée démontre que la plupart des infirmiers urgentistes jugent que leur service est soumis à une charge de travail intense, ils ont expliqué que leur milieu est difficile pour l'exercice de leurs fonctions et perturbe davantage leurs travail, la charge de travail dans ce service est donc confirmée par les propos recueillis, donc on jugent que la charge au travail au sein de ce service freine le bon fonctionnement des activités

Chapitre 06 : présentation et analyse des données de la deuxième hypothèse

infirmière, aussi avoir une charge au travail affecte la santé des infirmiers et l'état psychique de leurs proches qui doivent aussi eux subir le caractère insupportable de leur conjoint, frère, sœur ou parent, ainsi les infirmiers rentrent dans un cercle vicieux de surcharge.

Autant pour la qualité des soins infirmiers, qui nécessite une organisation (temps, répartition des tâches...) pour une prise en charge de qualité et aussi, afin de respecter le protocole de soins et d'appliquer le diagnostic prescrit, et suite à l'organisation faible au sein du service. Les paramédicaux de ce service ont relevés que le manque d'organisation provoque une désorganisation des soins infirmiers.

Face à cette désorganisation un cumul de tâches s'impose, empêchant une bonne relationnel et une bonne communication entre les soignants et les soignés, provoquant une mauvaise qualité de soin au sein du service des urgences

Synthèse du chapitre:

Enfin, nous avons déduit que la charge au travail existe bel et bien dans le domaine médical, due à la mauvaise organisation de l'administration vis-à-vis de l'affectation des paramédicaux, qui est engendrée par le manque d'effectif infirmier, et cela se répercute négativement sur la qualité des prestations de soins prodiguées aux malades. Par la mauvaise prise en charge, très faible communication et même quasi inexistence dans la majorité des cas, ces facteurs empêchent les paramédicaux de s'épanouir, de se développer et d'exceller dans leur domaine, ces derniers sont confrontés à une fatigue, physique, mentale, psychique permanente en conséquence, le personnel infirmier, prive les malades d'une qualité meilleure en prestations de soins, ce qu'entend dire, une mauvaise qualité de soins.

Conclusion

Conclusion

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

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

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

Ainsi, cette recherche nous a permet de mieux comprendre pourquoi y a t-il une charge de travail au niveau du service des UMC et quel sont les phénomènes en cause, tels que le nombre élevé des malades, le non respect de la sectorisation, la pénurie en effectif, le manque de matériel spécialisé qui joue un rôle important dans la bonne prise en charge des patient et cela se concorde avec le manque de service spécialisé et la mauvaise gestion du service.

En fin, nous pensons qu'il serait intéressant d'approfondir cette étude, de traiter le thème de la charge au travail infirmier et ses répercutions sur la qualité des soins que sur l'infirmier lui-même au caractère national.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

a) Ouvrages liés au thème :

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

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

03-André GIORDAN, Alain GOLAY, Stéphane JACQUEMET, Jean-Philippe ASSAL, **PSYCHOTHÉRAPIES**, Vol. 16,1996, No 4.

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

05-Alpha Ou smane Barry, **Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne**, édition Karthala, paris, 2004.

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

07- Claire Compagnon et Thomas Sannie, **l'hôpital un monde sans pitié**, édition L'éditeur, 2012.

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

09- Doppet Françoise, **Travail et Santé**, sous direction de Pierre FALZON, Ergonomie, 1ère édition, presse universitaire de France, Paris 2004.

10- Ergonomie, pierre FALZON, 2004.

11- Francesco Borghero, Journal de Francesco Borghero premier missionnaire du dahomey 1861/1865, édition Karthala, paris, 1997.

12- Françoise Darses et Maurice de Montmollin, **l'ergonomie (une présentation très accessible et complète de l'ergonomie)** le journal des psychologues, 4ème édition, édition la découverte, paris, 2006.

- 13-Guilheme Perodeau et Denys Coté, **Le virage ambulatoire : Défis et Enjeux**, édition PUQ, Québec, 2002.
- 14- Guy Karnas, Nathalie Delobe, Christian Vanderberghe, **Développement des compétences investissement professionnel et bien être des personnes**, édition presse universitaire de louvain, volume 2, Belgique, 2003.
- 15 - GOLLAC Michel, 2001 cité par CARRICABURU Danielle et Marie MENORE, **Sociologie de la Santé**, édition Armand, Paris 2004.
- 16- Herve Brizon, **Profession aide-soignant**, tome 1, Edition heure de France, Paris, 1995.
- 17- Hugh Monod, Bronislaw Kapitaniak, **Ergonomie**, 2^{eme} Edition, Masson, Paris, 1999.
- 18- HOFFMANN - WILD. E.- **A la racine du soin : Le soin relationnel côté infirmière et côté patient** - SOINS -N°680 - Novembre 2003.
- 19- Jean Luis Funck-Brentano, **Le grand chambardement de la médecine**, Editions Odile Jacob, Paris, 1990.
- 20- Lucien Aubere, René Eccli , Clotild Giujazza, **Législation éthique et déontologie, responsabilité organisation du travail**, édition Masson, Paris, 1995.
- 21- Madeleine Esterne-Behar, **Stress et souffrance des soignants à l'hôpital**, Edition Estem, Paris, 1997.
- 22- MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – **Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné** – RueilMalmaison – Editions Lamarre – 2008.
- 23- Marielle Boissart, **le référentiel de formation infirmière**, édition Lamarre, Paris, 2013.
- 24- Michel Gollac et Serge Volkoff, **les conditions de travail**, Edition la Découverte, Paris, 2000.
- 25 - Marc Neyroud, **Malade notre médecine**, édition l'âge d'homme, Paris, 1978.
- 26- Michel delacroix, **Rédiger un référentiel professionnelle**, Edulcagri éditions, Dijon, 2001.

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

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

29- Omar Aktouf, **Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations**, Montréal, 1987.

30- Robert Karasek, **Encyclopédie de sécurité et santé au travail** (sous direction de Jeanne Magerstellman), Volume 02, 3eme Edition, Edition Anglaise, Genève 2000.

31- Roland Bourdais, **Parcours originale d'un soignant en santé mentale**, édition l'Hermattan, paris, 2003.

32-Simon landau, André arsenault, **Stress estime de soi et santé au travail**, éditions PUQ, Québec, 2009.

33- Suzanne.C.O'Connell Smelter,Brenda Bare, **Soins infirmiers en médecine et en chirurgie** :Brunner Suddarth, Volume 01, Edition renouveau pédagogique, Québec, 1994.

34- Vincent Lemieux, **le système de santé au Québec** : organisation, acteurs et enjeux, édition PUL, Québec, 2003.

b) Ouvrages de méthodologie :

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

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

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

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

05-Raymond Quivy et,al, **manuel de recherche en sciences sociales**, 1ere édition, Dunod, paris, 1998.

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

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

c) Sites web :

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

02-sante-medecine.commentcamarche.net.

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

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

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

05- Infirmiers.com – L'observation, une perspective soignante - <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votrecarriere/l-observation-une-perspective-soignante.html>

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

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

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

09- KHELIF Houria et SAFI Kawther, Impact de la surcharge du travail de l'infirmier sur la qualité des soins au niveau du service de médecine interne

(Hôpital Chorfa), Ecole de Formation de Chettia-Chlef, 2009, disponible sur http://www.memoireonline.com/07/09/2417/m_Limpact-de-la-surcharge-dutravail-infirmier-sur-la-quaite-des-soins2.html

10- Conseil international des infirmiers (1965).Rapport spécial et rapport des commissions présentes au conseil d'administration du grand conseil CII. Francfort, Juin (1965) disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO TRS 533 fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO_TRS_533_fre.pdf).

11- Répertoire mondial des établissements d'enseignements infirmier supérieur (1965). Genève, organisation mondiale de la santé, disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO TRS 533 fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38685/1/WHO_TRS_533_fre.pdf).

12- OMS, séries de rapports techniques (5eme rapport), Comité d'OMS d'experts des soins infirmiers, Genève 1966, No 347, 34 pages. Disponible sur : https://www.google.dz/?gws_rd=cr&ei=U7jqVrb8Foqk6AS4m76ACw#q=Comit%C3%A9+d%E2%80%99OMS+d%E2%80%99experts+des+soins+infirmiers.

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

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

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

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

d) Mémoire et thèses :

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

Annexes

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

14/ Souffrez-vous de troubles mentales ?

C- SECTION 2 : la réalité de la charge de travail, organisation des soins infirmiers et la prise en charge de qualité.

15/ Trouvez vous des difficultés organisationnelles dans votre travail ?

16/ Quel genre de difficultés que vous rencontrez ?

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

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

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

20/ Respectez-vous les étapes prescrites aux soins ?

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

D- SECTION 3 : La charge de travail et la relation soignants- soignés.

22/ Comment définiriez vous la relation soignant soigné ?

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

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

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

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

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

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

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

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

31/ Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Résumé

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

Plusieurs catégories de praticiens de santé sont confrontées à cette surcharge, à l'instar des médecins, des assistants(es) sociaux...etc. Les infirmiers Urgentistes de l'EPH d'Amizour (Bejaia) sont encore plus exposés à cette surcharge.

Cette frange de personnel subit une cadence de travail et une pression très élevée engendrée par le recours massif des patients à cet établissement de santé qui ne peut plus les satisfaire dans leurs globalités.

Cela accentue et augmente la surcharge de l'établissement en nombre de malades déjà fragilisés par le manque du personnel infirmier. Toutes ces situations mettent en péril le bien-être et la santé des infirmiers qui se trouvent dans un état lamentable de fatigue et de nuisance physique et morale, cet état entraîne des séquelles sur la prise en charge des patients.

Dans notre étude nous avons essayé de dévoiler la réalité de la charge au travail infirmiers et la qualité des soins prodiguées aux patients, cas de l'EPH d'Amizour (Béjaia), qui nous permettra de comprendre les différents facteurs qui font dégrader la qualité des soins.