

Les enjeux de la charge de travail et sa gestion : une étude comparative entre deux hôpitaux.

Mémoire réalisé par :

DJIBRILLA MAIGA MOCTAR

Promoteur :

DE COSTER PATRICK

Année académique 2016-2017

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée : Option coordination et réseaux de soins-management et développement organisationnel

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Mr DE COSTER PATRICK. En tant que promoteur, il m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi l'ensemble des professionnels du temps qu'ils m'ont consacré pour répondre au questionnaire.

Je souhaite particulièrement remercier SEBASTIEN PRAD et STELLA DOMINGUES pour leur précieuse aide à la relecture et à la correction de mon mémoire.

Et enfin et pas des moindres, un grand merci à MUHAYIMANA SAMUEL qui m'a aidé à peaufiner le sujet de ce mémoire.

PLAGIAT

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »¹

¹ UCL, WFSP 2298 (consulté le 28/03/2018) disponible sur :

https://moodleucl.uclouvain.be/pluginfile.php/1558761/mod_resource/content/1/cdc_m%C3%A9moire_fiche_spratiques2016-2017.pdf

TABLE DES MATIERES

PLAGIAT	3
Table des matières	5
Liste des abréviations	7
Introduction.....	8
Partie 1 : Cadre théorique	10
1. La charge de travail, un enjeu pour les institutions hospitalières.....	10
1.1. Définition	10
1.2 Les facteurs qui influencent l'accroissement de la charge de travail (CDT) des soignants.....	11
1.3. Répercussions de l'accroissement de la charge de travail	16
1.4. Charge de travail dans quelques pays de l'union européen (UE)	19
Chapitre. 2 : Equipe mobile (EM) intra-hospitalière	20
2.1. Définition équipe mobile.....	20
2.2. Objectifs attendus	21
2.3. Composition, organisation et fonction de l'EM.....	22
2.4 Dotation et gestion de l'EM.....	23
Chapitre. 3 : évaluer la charge de travail des soignants.....	25
3.1. Définition : outil d'évaluation de la CDT.....	25
3.2. Objectifs recherchés au travers ces outils.....	26
3.3. Présentation des Outils	26
Partie 2 : cadre pratique.....	29
Introduction :.....	29
Objectif général :	30
Objectifs spécifiques :.....	30
A. Méthode de recherche :.....	30
1. Collection des données :	30
2. Echantillon et population :	31
3. Critères d'inclusion :	33
4. Anonymat :	33
B. Analyse des données/ Présentation des résultats :	34
1. Les Cliniques Saint-Luc Bruxelles.....	34
2. Clinique Saint-Luc Namur	41
C. Discussion :	49
1. Au niveau des résultats :	49
1. Critiques et Limites :.....	52
2. Conclusion de l'analyse comparative :	54

Bibliographie.....	57
Annex.....	Error! Bookmark not defined.
Annex 1 :.....	Error! Bookmark not defined.
Guide d'entretien	Error! Bookmark not defined.
Annex 2 :.....	Error! Bookmark not defined.
Critères d'évaluation de la CDT Cliniques universitaires Saint-Luc.....	Error! Bookmark not defined.

LISTE DES ABREVIATIONS

BPCO :	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CDT :	La charge de travail
CEPCM :	Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies
DI RHM :	Données infirmières du résumé hospitalier minimal
EM :	Equipe Mobile
ETP :	Equivalent temps plein
EROS :	Equipe de recherche opérationnelle en santé
KCE :	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MNT :	Maladies non transmissibles
NEM :	Nine equivalents of nursing manpower use score
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PRN :	Projet de recherche en nursing
PLAISIR :	Planification informatisée des soins infirmiers requis
SPF :	Service public fédéral
UE :	Union européenne

INTRODUCTION

La surcharge de travail des soignants est un sujet qui me concerne directement. Par ma profession d'infirmier, j'y suis couramment confronté. A mainte reprise, j'ai dû calmer des collègues qui épuisés étaient au bord des larmes. Cependant, un fait m'a particulièrement marqué. J'ai retrouvé une collègue qui était à deux doigts de se suicider après une journée fatigante tant physiquement qu'émotionnellement.

Malheureusement, je serai peut-être amené à revivre des situations similaires car la charge de travail (CDT) ne cesse de croître. Elle est causée d'une part par la croissance des dépenses de santé qui a conduit vers des politiques d'austérité diminuant le financement des hôpitaux (Carine Van de Voorde et al 2014), et d'autre part par la pénurie d'infirmiers, qui est commun presque à la majorité des pays de l'union européen (Madeleine E.B et al 2010).

Cette thématique est préoccupante parce qu'elle génère nombreuses conséquences dont des soins de mauvaise qualité et des risques psychosociaux. 18% des prestataires infirmières souffrent de burn-out dû à une charge de travail conséquente (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012).

Ce travail exposera tout d'abord dans un cadre théorique une définition claire de la charge de travail (CDT), les facteurs qui sont à l'origine de son accroissement, ainsi que les répercussions que cela pourrait engendrer. Dans un second temps, nous nous attèlerons sur l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile intra hospitalier créée pour suppléer les soignants et répondre in fine à la hausse de la CDT.

J'aborderai également les outils destinés à évaluer la CDT. L'objet de ces échelles est de permettre aux responsables de soins d'appréhender la charge de soins afin de répartir les soignants de manière équitable selon les besoins réels des services et non des besoins théoriques.

La seconde partie de ce travail est composée par le cadre pratique. Le lecteur sera informé sur la méthode d'analyse, le type d'échantillonnage, ainsi que sur le moyen de recueil des données qui a été utilisé. Grâce à notre méthodologie de recherche, nous avons pu recueillir la

perception des acteurs de soins sur la thématique que nous traitons, ce qui pourrait apporter une plus-value à ce mémoire.

Nous espérons qu'à l'issue le contenu de ce travail apporterait des éléments de réponses qui pourront, sans prétention, aider les professionnels de soins à mieux gérer la répartition des membres de l'équipe mobile afin de répondre à la hausse de la charge de travail.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

1. La charge de travail, un enjeu pour les institutions hospitalières

1.1. Définition

La charge de travail (CDT) est une notion qui a été élaborée par l'ergonomie (M. Jourdan & J. Theureau 2002). Avant de rentrer dans le vif du sujet, il me semble important de procéder à une description détaillée de ce concept.

D'après le dictionnaire, **la charge** est définie comme étant ce qui pèse sur quelqu'un ou un groupe. Elle entraîne une responsabilité (Larousse 2017). **Le travail**, quant à lui est « l'ensemble des activités que l'on doit accomplir pour élaborer quelque chose » (Larousse 2017). **La charge de travail (CDT)** représente ainsi « la quantité de travail physique et mental qu'un travailleur peut accomplir sans mettre en danger sa santé et sa sécurité, ainsi que celle des autres, tout en demeurant efficace » (M. Jourdan & J. Theureau 2002).

Comme mentionné dans la définition, cette notion, a une composante bidimensionnelle, mentale et physique.

- *La charge de travail physique :*

« C'est l'ensemble des ressources physiques nécessaires pour accomplir les tâches qui ont été attribuées à un travailleur » (M. Jourdan & J. Theureau 2002).

- *La charge de travail mentale :*

« C'est l'ensemble des moyens intellectuels indispensables pour la réalisation des tâches assignées » (Louis Patry, et AL 2014).

Cette définition est assez générale, et concerne toutes les professions. C'est celle qui a été élaborée par l'ergonomie. La CDT des soignants, quant à elle, se définit « comme la quantité de soins dispensée aux patients à partir d'une évaluation de leurs besoins et des soins qu'ils exigent » (Fran Hadley, et AL 2004).

Ces dernières années, elle est devenue source d'intérêt dans le domaine hospitalier belge, car elle tend à croître générant d'énormes difficultés dans l'organisation des soins et des conséquences sur la santé et la sécurité des soignants (Madeleine Estryng-Behar et al 2010). Face à ce constat, les institutions hospitalières cherchent des solutions afin de contrecarrer

cette problématique. Cependant, ce n'est pas simple car elles doivent composer avec un sous financement qui devient de plus en plus croissant (Maria-Isabelle Farfan-portet et al 2015). Par ailleurs, pour contrôler un problème, il est indispensable d'en connaître son origine. Afin de pouvoir appréhender au mieux cette notion et d'envisager des solutions aux difficultés rencontrées, il me semble nécessaire de s'intéresser aux facteurs qui sont à l'origine même de ce concept. C'est pourquoi, dans la suite de ce travail j'énumérerai les causes de la surcharge de travail des prestataires de soins.

1.2 Les facteurs qui influencent l'accroissement de la charge de travail (CDT) des soignants

Les origines de cet accroissement sont diverses. Elles proviennent d'une hausse de la demande de soins, des ressources humaines limitées et des caractéristiques propres à la profession soignante.

1.2.1. Hausse de la demande de soins :

1.2.1.1. Vieillissement de la population

L'augmentation de la demande de soins est le résultat d'un profond changement d'ordre démographique, épidémiologique et sanitaire. Nous pouvons mettre en relation l'accroissement de la CDT et la hausse de la demande de soins.

L'origine de ces changements résulte du vieillissement de la population, qui est « *l'augmentation de la proportion des 60 ans et plus dans la population* » (OMS 2015). Ce phénomène sans précédent dans l'histoire de l'humanité, est la résultante de trois faits qui sont apparus au XX siècle : « *La diminution de la mortalité qui est suivi de l'augmentation de l'espérance de vie et d'une baisse du taux de fécondité* » (OMS 2015). En effet selon les dernières estimations de l'OMS, la part des 60 ans et plus passera de 12% en 2015 à 22% d'ici 2050 au niveau mondial (2015). Notre pays ne fait pas exception à ce phénomène (qui secoue le monde) international. En 2014, « *17,9% de la population belge était âgée de 65 ans et plus, ce taux atteindra 25,8% en 2060* » (Maria-Isabelle Farfan-portet et al 2015).

1.2.1.2. Maladies chroniques

Ces observations ne sont pas sans conséquences pour nos institutions de soins, parce que le vieillissement tend à augmenter le nombre des maladies chroniques. Ces dernières sont définies comme « *des affections de longues durées, qui en règle générale évoluent lentement* » (OMS 2017). Par ailleurs, l'apparition des pathologies chroniques n'est pas uniquement liée au vieillissement, bien qu'elles y soient fréquentes dans cette couche de la population. Parmi les causes, nous pouvons aussi citer la sédentarité. Ces affections incluent les maladies cardiovasculaires, le diabète, la BPCO, le parkinson, les démences (OMS 2017).

Les conséquences sont considérables sur la santé. Elles sont caractérisées par une comorbidité (présence de plusieurs maladies) et un risque accru de complications entraînant des limitations fonctionnelles, des fragilités importantes, une diminution de la qualité de vie, des longues périodes d'incapacité et d'invalidité chez les patients. D'après le KCE, le vieillissement et l'apparition des maladies chroniques sont l'un des facteurs qui expliquent « *l'utilisation excessive des services de soins, les longs séjours hospitaliers et la surpopulation au sein des structures hospitalières* » (2015). Ce phénomène tend à augmenter la charge de travail des soignants, car ces patients sont sujets à des hospitalisations fréquentes nécessitant un encadrement lourd avec une prise en charge personnalisée et un suivi continu sur le long terme parfois toute la vie (Dominique Paulus et al 2012). De plus, leurs besoins ne sont pas uniquement d'ordre médical, mais sont aussi psychologiques et spirituels (Dominique Paulus et al 2012).

Le vieillissement n'est pas responsable de la hausse des demandes de soins. Cette responsabilité est imputée aux maladies chroniques et aux incapacités qui en découlent.

1.2.2. Ressources humaines limitées :

1.2.2.1 Sous financement

L'origine de cette hausse s'explique aussi en partie par une diminution des ressources disponibles. Depuis quelques années, notre pays s'est lancé dans une nouvelle réforme des soins de santé. Elle consiste à structurer les dépenses et revoir le mode de financement des institutions de soins. L'objectif visé au travers de ces changements, est de trouver un nouvel équilibre, qui permettrait d'accroître l'efficacité des soins tout en diminuant le coût de ces derniers (Carine Van de Voorde et al 2014).

Actuellement, le secteur doit composer avec une baisse des ressources financières, surtout en ce qui concerne les soins infirmiers. « *Le budget des moyens financiers ne suffit plus à payer le personnel soignant. Et les autorités imposent aux hôpitaux un cadre minimal de personnel* » (Carine Van de Voorde et al 2014). Cette limitation empêche les établissements de soins d'embaucher davantage, générant ainsi des déficits en terme de personnel. En outre, pour compenser la diminution de subsides, les hôpitaux sont obligés d'accroître leur production en augmentant le nombre d'interventions et d'exams (Carine Van de Voorde et al 2014). Cette augmentation impacte directement les soignants car au fil du temps ils voient une hausse de leur charge de travail. Cependant, les ressources en termes de personnel, quant à elles, diminuent.

1.2.2.2 Pénurie de soignants

En plus de ces observations, les structures hospitalières doivent aussi composer avec une **pénurie de soignants** qui devient de plus en plus préoccupante (Madeleine E.B et al 2010). En effet, la profession est confrontée à un manque de personnel qualifié. Cette carence s'explique d'abord par l'absence d'attractivité aux études d'infirmières (Madeleine E.B et al 2010) ce qui, par conséquent, entraîne un nombre insuffisant d'infirmiers entrants dans la profession et sur le marché du travail (Madeleine E.B et al 2010). Ensuite ce manque de personnel qualifié est dû à un départ précoce de la profession. Ainsi, au bout de quelques années, beaucoup d'infirmiers quittent le domaine de soins pour s'orienter vers d'autres secteurs (Madeleine E.B et al 2010) générant un turn-over très important souvent justifié par une charge de travail lourde, une insatisfaction et une compensation professionnelle non attractive (Madeleine E.B et al 2010). Cette instabilité a une répercussion directe sur la hausse

de la charge de travail et sur la qualité des soins, car les soignants sont régulièrement amenés à exercer leur profession en sous-effectif (Madeleine E.B et al 2010).

1.2.3. Caractéristiques du travail soignant :

La profession soignante est une profession très exigeante. Le quotidien de ces professionnels est caractérisé par des responsabilités sérieuses suivies de multiples situations urgentes à gérer. Ce travail est ponctué par sa complexité, son imprévisibilité et sa variation dans le temps (Marie-Anne G 2006). La majoration de la charge de travail dans ce domaine, pourrait s'expliquer également par l'écart qui existe entre le **travail prescrit et le travail réel**.

Le travail prescrit : est celui qui est attendu du travailleur. Il s'agit de l'ensemble des procédures, des consignes et démarches à suivre, définis par l'organisation du travail dans un règlement (Philippe Goulois juillet 2011), constitue le **travail mesurable** dans les soins.

Le travail réel : il correspond au travail prescrit auquel est ajouté tout ce qui n'est pas repris dans les règles formelles mais indispensable pour atteindre les résultats escomptés (Philippe Goulois juillet 2011), il est le **travail non mesurable**.

Travail mesurable : est un ensemble d'actes quantifiables, elle se subdivise en actes de soins directes et indirectes (SAULNIER F & BION J 2000).

- Actes de soins directs : c'est tous les soins qui sont réalisés directement au chevet du patient. Ces actes peuvent être autonomes ou dépendants.

Les actes autonomes : sont les activités qui font partie du rôle propre de l'infirmier, ils comprennent, les soins d'hygiène, la prise des médicaments, la réalisation des pansements (NANDA 2007-2008) ...

Les actes dépendants : sont ceux réalisés en collaboration avec le corps médical. Ils incluent les actes techniques tels que des prises de sang, la mise en place de cathéter, de sondages... (NANDA 2007-2008)

- Actes de soins indirects : ce sont les activités complémentaires réalisées, mais pas au chevet du patient. Ils contiennent les transmissions écrites et orales, la préparation des médicaments, la programmation des examens...

Travail non mesurable : se rapporte aux activités non quantifiables et non prévues dans l'organisation (SAULNIER F & BION J 2000).

Nous peinons souvent à constater que le quotidien des soignants se limite à la réalisation d'actes de soins directs ou indirects. Ce n'est que la partie visible de l'iceberg car la portion invisible est bien plus importante et l'organigramme du travail n'en tient que peu compte. Cette partie est insaisissable et imprévisible. Elle est caractérisée par la gestion des situations urgentes, qui souvent, sont très complexes du fait du caractère unique de chaque patient. Par situation urgente, j'entends la prise en charge d'un patient qui fait un malaise cardiaque ou la gestion de crise suite à une confusion. Dans cette portion, nous pouvons aussi inclure la gestion de la formation des étudiants qui sont en stage et le temps que les soignants consacrent aux patients et à leur entourage afin de les écouter et les rassurer parce que chaque hospitalisation est source d'angoisse. Cette situation nécessite énormément de ressources sur plan du personnel et de la temporalité. Ces exemples cités ne reflètent qu'une partie minime de cette portion.

Au travers de ces exemples, nous nous apercevons qu'il est difficile d'appréhender la CDT des prestataires de soins parce qu'elle est sujette à des fluctuations constantes. De plus, une partie implicite occupe une place centrale dans le quotidien des soignants, ce qui tend à augmenter la CDT.

1.3. Répercussions de l'accroissement de la charge de travail

Contrôler la hausse de la CDT doit être une priorité pour les institutions hospitalières. Des conditions inadéquates manifestent un mal être chez le soignant qui, au fil du temps, dégrade les performances et la qualité des services rendus. Ce mal être se répercute ainsi indéniablement sur le patient.

1.3.1 Augmentation des troubles psycho-sociaux chez les soignants :

L'activité hospitalière sollicite sans cesse les capacités physiques des soignants (Sandrine Cazabat et al 2008). Il s'agit des efforts de manutention, des nombreux déplacements, des postures pénibles et une station debout quasi permanente (Sandrine Cazabat et al 2008). En une journée les soignants sont amenés à parcourir de grandes distances (Sandrine Cazabat et al 2008). Cependant, une partie importante de ce travail comporte aussi une dimension intellectuelle. L'état de santé des patients évolue en permanence et il y a des procédures à respecter lors de situations urgentes. Les prestataires de soins doivent sans arrêt récolter, analyser et retenir des données afin de transmettre des informations pertinentes aux autres intervenants sur l'état d'un patient qui est sujet à des fluctuations constantes (Sandrine Cazabat et al 2008). La profession soignante se caractérise aussi par une confrontation quasi continue avec la douleur et la mort (Sandrine Cazabat et al 2008). Au travers de cette description, on s'aperçoit que cette activité demande des exigences physiques, psychiques, cognitives, et qu'elle est de nature difficile et stressante. Lorsqu'en plus nous y ajoutons la surcharge de travail, la pénibilité de cette profession se multiplie.

La première conséquence qu'engendre une surcharge de travail est l'augmentation de la **pression** (Hansez Isabelle et al 2010) qui résulte d'une quantité importante de tâches à accomplir en peu de temps et de la gestion des cas urgents. Dans la prise en charge des patients les soignants occupent un rôle central. Ce rôle est de nature à accroître cette pression. En effet, pour que les autres intervenants puissent agir (kiné, psychologue, logopède, examens d'imageries...), les soignants doivent au préalable procurer les soins nécessaires aux patients afin que l'intervention du prochain se fasse dans les meilleures conditions (Madeleine E.B et al 2010).

Lorsque cette pression est soutenue dans le temps, elle conduit progressivement le soignant vers un état de **stress** qui s'installe de manière insidieuse. « *Le Stress est une réponse physiologique de l'organisme, pour permettre à l'individu de réagir efficacement face à une*

situation épuisante, dangereuse et angoissante » (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012). À court terme le stress ne serait pas négatif, c'est même une source de stimulation pour être encore plus productif (Sandrine Cazabat et al 2008). Le travailleur se dit que les objectifs qui lui sont assignés sont certes difficiles à atteindre mais pas impossibles. Il aura à cœur de se prouver à lui-même qu'il a les compétences nécessaires pour réaliser les tâches les plus complexes. Le stress devient néfaste lorsqu'il est prolongé dans le temps avec une intensité trop élevée en provoquant un état de fatigue extrême qui pourrait altérer l'intégrité physique et mentale du travailleur (Sandrine Cazabat et al 2008). De nombreuses conséquences peuvent découler de cet état, tant au niveau physique que psychique.

- ✓ Les conséquences physiques : Nombreux troubles somatiques comme par exemple des troubles cardiovasculaires et musculosquelettiques (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012).
- ✓ Les conséquences psychiques : le plus redoutable est le **surmenage**, qui amène l'individu à un état **dépressif** qui peut le conduire au **burnout**. « *Qui est un état de fatigue psychique de longue durée provoquée par l'activité du professionnel. Les principaux symptômes de ce syndrome sont : un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel* » (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012).

La personne n'a plus aucune énergie ni de force, elle est au bout du rouleau. La dépersonnalisation renvoie au fait que le travailleur a une attitude distante et parfois impudente envers les patients, les collègues et la hiérarchie (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012). Dans une telle situation, le soignant a le sentiment d'être ôté de toutes compétences pour effectuer ses tâches, ce qui a pour résultat de réduire son accomplissement personnel (Dr Sofie Vandebroek, et al 2012). Cette situation a d'énormes impacts tant sur la qualité des soins que sur l'organisation de ceux-ci. Ces répercussions vont être développées dans les points suivants.

1.3.2 Diminution de la qualité des soins :

La délivrance de soins de qualité et la sécurité des patients font partie des préoccupations fondamentales pour toutes institutions hospitalières. La notion de qualité des soins est considérée par l'OMS comme étant « *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 en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (santé publique 2013).

Un patient qui rentre en contact avec un prestataire de soins doit pouvoir être assuré que son problème sera traité de la manière la plus appropriée. Cependant, un rapport publié par le centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (CEPCM) a délivré des chiffres alarmants concernant les hôpitaux. Selon les estimations de cette source, 8% à 12% des patients admis dans les hôpitaux des pays membres de l'union européenne souffrent d'infections associées aux soins. LE CEPCM déclare également que par an, 37.000 décès sont directement liés aux infections induites par les soins (Eurobaromètre 2010). Nous pourrions faire un lien entre ces données et la hausse de la charge de travail. À l'heure des contraintes budgétaires, la durée moyenne des hospitalisations a été réduite afin de générer des coûts efficaces. Dans un tel contexte, le personnel soignant est soumis à une forte pression et une surcharge de travail. Cette dernière provient d'une concentration importante de travail à effectuer dans un temps limité et augmente les risques d'erreurs. Pour renforcer cette affirmation, je vais m'appuyer sur les conclusions d'une étude publiée par le *British Medical Journal*. D'après cette enquête, il existe un lien direct entre le niveau de dotation en personnel infirmier et le taux de mortalité dans un hôpital. Selon les investigations de cette étude, le taux de mortalité diminue de 20%, lorsque le nombre de patients, dont une infirmière a la charge, passe de dix à six (Peter Griffiths, et al mai 2016).

Les résultats de cette analyse démontrent clairement que la surcharge de travail touche fortement les capacités des soignants, et se répercute directement sur leur travail mettant en danger la vie des patients. Affaiblis par le stress, et la lourdeur des soins, les soignants sont incapables d'avoir le même rendement, dévouement et disponibilité pour le patient. Quand un prestataire de soins est amené à courir d'un patient à l'autre sans avoir le temps d'observer et d'analyser les signes vitaux qui permettent de déceler la détérioration de l'état de santé, les soins ne peuvent qu'être de mauvaises qualités. C'est une source de problème que la direction des soins doit gérer en plus de ceux liés au manque de personnel et de la charge de travail.

1.4. Charge de travail dans quelques pays de l'union européen (UE)

1.4.1 En Angleterre :

Bien que chaque pays de l'UE ait un système de santé qui lui est propre, la surcharge de travail des soignants ne concerne pas uniquement la Belgique. Cette problématique touche aussi d'autres pays. C'est le cas par exemple en Angleterre où des études ont été menées pour démontrer l'impact qu'une hausse de la charge de travail peut avoir. D'après Peter Griffiths, et al (mai 2016), « *lorsqu'on octroie un patient supplémentaire à un soignant, la probabilité de décès du patient augmente de 6%* ». Ce chiffre est très intéressant car indirectement il montre la corrélation qui existe entre la dotation en personnel soignant, la qualité des soins et le taux de mortalité. Une autre étude (Anne Sales 2015) a aussi été réalisée pour démontrer la relation qui existe entre les effectifs infirmiers et les soins manqués, c'est-à-dire les soins que les infirmiers considèrent comme nécessaires, mais qui n'ont pu être effectués par manque de temps. Selon les auteurs de cet article, il y a une corrélation entre les soins que les infirmiers ratent et le taux de réadmission. Le risque de réadmission augmente de 2% à 8% quand un soignant oublie des soins. Ces recherches avaient pour but d'alerter les institutions hospitalières et les responsables anglais sur la surcharge de travail à laquelle les prestataires de soins font face au quotidien, ainsi que les nombreuses conséquences qui en découlent.

1.4.2 En France :

Nos voisins français sont également touchés par ce phénomène. En 2013, la commission européenne a mis la pression sur le gouvernement français afin que les hôpitaux respectent la loi sur le temps de travail (Haute Autorité de la santé 2012). Cette loi a fixé la durée maximale de travail pour les soignants à 38 heures (Commission Européenne 2003). Avant cette mise en garde, il arrivait souvent que les soignants travaillent des semaines de 60 heures avec une pression de plus en plus forte (Haute Autorité de la santé 2012). Cette source rapporte que dans les couloirs des urgences les brancards se heurtent les uns contre les autres (Haute Autorité de la santé 2012). La demande de soins est présente mais les soignants manquent d'effectif pour répondre à cette demande (Haute Autorité de la santé 2012). Cette situation, constitue un danger pour les soignants mais aussi pour les patients, comme en témoigne les études anglaises.

Chapitre. 2 : Equipe mobile (EM) intra-hospitalière

Dans la plupart des services hospitaliers, l'activité infirmière consiste à assurer la continuité des soins. Cependant, dans un environnement avec beaucoup d'incertitudes, les hôpitaux doivent faire face à des contraintes liées à la pénurie d'infirmières, des absences inattendues du personnel soignant et une charge de travail qui ne cesse de croître (Gobert Micheline et AL 2009). Dans un tel contexte, une solution doit être recherchée. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont lancé des projets pilotes pour essayer une nouvelle structure de travail qui permet l'utilisation d'une équipe mobile intra-hospitalière. Le but de ce projet est de favoriser une plus grande flexibilité au sein des institution soins en créant des infirmières polyvalentes (Gobert Micheline et AL 2009) qu'on définit comme étant capable de diversifier leur soin et d'enrichir leur fonction, c'est-à-dire « *effectuer des soins très différents dans des services de pathologies diverses, occuper n'importe quel poste correspondant à la qualification, multiplier les tâches à assumer, varier leur travail, appréhender diverses techniques, accéder sans difficultés à tous les rôles de l'infirmière. Elles seraient également capables d'adaptation. Elles feraient preuve d'une adaptation rapide et efficace à une situation inhabituelle, une autre organisation, un autre service. Elles sauraient gérer les multiples situations de manière correcte et satisfaisante pour le patient, son entourage et l'équipe de travail* » (Gobert Micheline et AL 2009). Grâce à cette polyvalence les soignants de l'EM pourront assumer des responsabilités dans quasi toutes les unités de l'hôpital.

2.1. Définition équipe mobile

« *Les membres d'une équipe mobile font partie du personnel soignant, mais non liée à une unité architecturale, structurelle ou fonctionnelle qui permet d'assurer un remplacement immédiat en cas d'absence dans une unité de soins ou un renforcement de courte durée en cas d'augmentation subite de la charge de travail* » (FE.BI secteur personne âgée 2014).

2.2. Objectifs attendus

La création d'une EM devrait permettre aux institutions de soins de contrecarrer certaines contraintes qui affectent leur organisation.

2.2.1. Respect de la législation sociale :

« Le travail à horaire décalé a des effets néfastes sur la santé des individus. Le projet de l'EM a pour objectif de participer à l'amélioration du bien-être au travail en respectant la législation sociale dans les soins de santé » (Gobert Micheline et AL 2009). L'équipe mobile est donc un support sur lequel la direction des soins pourrait s'appuyer pour respecter le temps de travail journalier et hebdomadaire. En Belgique, la durée hebdomadaire de travail est de 38h. Ce projet vise également à permettre aux hôpitaux de respecter au mieux les périodes de repos entre deux sessions de travail, qui sont de 11h (Gobert Micheline et AL 2009).

2.2.2. Limiter les perturbations d'horaires :

Pour assurer la continuité soins, les institutions hospitalières sont obligées d'affecter régulièrement les soignants dans différents services. Souvent les infirmiers chefs sont confrontés à des difficultés de réalisation des grilles d'horaire qui nécessite une temporalité importante. Cette grille est malheureusement une source de tension entre les collaborateurs car le non-respect des desideratas des soignants génère un mécontentement et une friction avec les responsables hiérarchiques (Gobert Micheline et AL 2009).

L'élaboration d'une EM pourrait être un élément sur lequel les différents collaborateurs pourront prendre appui pour *« améliorer la gestion des horaires, éviter l'accumulation d'heures supplémentaires, de rappeler des soignants en congés, et diminuer le recours aux intérimis. A long terme, elle pourrait permettre aux prestataires de soins d'harmoniser leur vie privée en fonction des horaires de travail » (Gobert Micheline et AL 2009).* L'équipe mobile intra-hospitalière, permettrait aussi de répondre à la hausse de la charge de travail, en servant de support aux services où le travail est conséquent.

2.3. Composition, organisation et fonction de l'EM

2.3.1. Composition et fonction des membres de l'EM :

Afin de répondre aux objectifs fixés, une équipe mobile de soins existe et est composée d'infirmières graduées, brevets spécialisés et aides-soignantes, ainsi qu'une EM en service logistique formée d'aides logistiques et aides administratives (Gobert Micheline et AL 2009). La fonction d'une infirmière de l'équipe mobile varie selon les hôpitaux. Dans certaines institutions, elle est amenée à prendre en charge des couloirs entiers, et dans d'autres, son rôle se limite à celle d'une collaboratrice, effectuant uniquement des soins ponctuels en concertation avec les praticiens habituels du service. Les autres intervenants de l'EM se limitent aux tâches de leur qualification (Gobert Micheline et AL 2009).

2.3.2. Organisation de l'EM :

L'organisation de l'équipe mobile diffère d'une institution à l'autre. Dans certains hôpitaux les membres de l'EM effectuent les différents shifts (matin, soir, nuit). Dans d'autres, pour assurer l'attractivité et la rétention des soignants, les membres de l'EM sont divisés en deux groupes. Un premier effectif travaille de nuit, pour ceux qui sont attirés par le travail nocturne. Un second effectif est programmé de jour pour ceux qui ne sont pas en phase avec l'activité de nuit, mais seront amenés à faire des soirs. Dans les deux groupes les prestations de weekend restent obligatoires (Gobert Micheline et AL 2009).

Par ailleurs, il y a des structures de soins qui préfèrent une équipe mobile polyvalente. L'avantage est qu'elle « favorise un effet d'échelle, qui sous-entend une diminution du coût de production même si cette dernière augmente, cependant, elle est génératrice de stress, car les prestataires devront couvrir même les services spécialisés qu'ils ne maîtrisent pas » (Gobert Micheline et AL 2009). La mise en place de cette équipe mobile peut diminuer le rendement des membres des unités spécialisées parce qu'ils sont obligés de surveiller le travail des soignants mobiles. A l'opposé d'autres hôpitaux ont opté pour la subdivision de l'EM par spécialité. Cette manière de procéder garantit une certaine efficacité dans les services mais en contrepartie l'EM sera « moins mobile et de petite taille » (Gobert Micheline et AL 2009).

Chaque hôpital a opté pour une modalité d'organisation spécifique qui dépend de plusieurs critères (taille, degré de spécialisation, hôpital avec plusieurs sites, degré de solidarité au sein de l'établissement).

2.4 Dotation et gestion de l'EM

2.4.1. Gestion de l'EM :

Selon la taille de l'hôpital et de l'équipe, plusieurs personnes peuvent être désignées pour assurer la gouvernance de l'effectif. Cette responsabilité, pourrait être assumée par des cadres intermédiaires, des infirmières chefs, ou des moniteurs de nuit. Elle centralise toutes les demandes des unités de soins et décide des affectations. La décision de dotation se fait sur base de deux paramètres (Gobert Micheline et AL 2009) :

- ✓ *Assurer des remplacements programmés ou imprévus dans les services où il y a des absents* (Gobert Micheline et AL 2009).
- ✓ *Suppléer les unités de soins où la charge de travail est conséquente* (Gobert Micheline et AL 2009).

Aucun agent de l'équipe ne connaît le service qui lui est attribué à l'avance, tout s'effectue au jour le jour car la charge de travail fluctue constamment.

Par souci d'équité et de transparence, l'affectation des agents mobiles doit se faire en se basant sur des critères objectifs préconçus à l'avance et connus de tous les responsables de soins. Pour se faire, la création d'une plateforme informatique peut être bénéfique. Cet outil permet de centraliser l'ensemble des demandes, et de faire apparaître le nombre de dotation par unité, ainsi que les motifs des sollicitations. Cependant, le choix d'implémenter ce mode de gestion convient mieux aux hôpitaux qui ont une taille importante et une EM conséquente en nombre (Gobert Micheline et AL 2009).

2.4.2. Dotation de personnel à l'EM :

L'attribution du travailleur à l'équipe mobile se fait sur base d'un tableau décisionnel, qui tient compte du nombre d'équivalent temps plein (ETP) disponible dans le personnel soignant (FE.BI secteur personne âgée 2014).

Tableau 1. Nombre de personnel attribuer à l'EM (FE.BI secteur personne âgée 2014) :

Nombre d'ETP personnel soignant dans l'institution	Nombre d'ETP à attribuer à l'institution pour l'équipe mobile
14-30	1
31-50	1.5
>50	2
>60	2.5
>80	3
>105	4

Par ailleurs, pour répartir les membres de l'EM de manière adéquate et équitable, il est indispensable de procéder à une évaluation journalière de la CDT, ce qui peut permettre d'appréhender les besoins de chaque unité de soins. Dès lors, certaines institutions ont poussé pour élaborer un outil de mesure de la charge de travail (Gobert Micheline et AL 2009).

Chapitre. 3 : évaluer la charge de travail des soignants

Chargé de l'organisation et de la régulation des activités, la direction des soins a besoin d'évaluer l'ensemble des activités pour pouvoir répondre aux normes de qualités. Actuellement, il n'existe pas selon notre connaissance un outil international de mesure de la charge de travail infirmière. « *Cette difficulté à trouver un outil formel et universel résulte de la complexité et de la difficulté des tâches qu'effectuent les soignants.* » (Gobert Micheline et AL 2009). Un autre auteur avance même qu'il n'y aura peut-être jamais d'instrument universel qui évalue la CDT des soignants car « *le caractère invisible des soins infirmiers, où le travail, une fois effectué, disparaît et le rend particulièrement rétif à la mesure* » (Gobert Micheline et AL 2009). Malgré l'absence d'un instrument mondialement reconnu, je tiens tout même à préciser que depuis quelques années, en Belgique, l'activité infirmière est sujette à une sauvegarde automatique qui est une forme d'évaluation. En effet, la dotation en personnel et le financement des soins infirmier se font sur base des données enregistrées par le DI RHM (données infirmières du résumé hospitalier minimal) (Anita Clemens-Carpiaux 2015).

Plusieurs instruments ont été élaborés, évaluant chacun une dimension de l'activité des agents de soins. Ils permettent d'estimer la CDT des unités hospitalières en « *recueillant les besoins de chaque patient en termes de soins et le temps nécessaire pour la réalisation des soins* » (EROS 2010). L'objectif de cette partie consiste à énumérer quelques systèmes de mesure de la CDT issus de la littérature scientifique sur lesquels les gestionnaires de soins pourraient s'appuyer pour mieux appréhender le travail des soignants et affecter les membres de l'EM de manière adéquate et objective.

3.1. Définition : outil d'évaluation de la CDT

« *Un outil de mesure de la charge de travail du personnel infirmier détermine, valide et surveille les besoins de chaque patient en matière de soins dans le temps. Cet outil permet de recueillir des données précises au sujet des besoins de chaque patient et du temps requis pour dispenser les soins. Il aide ensuite les gestionnaires à répartir le personnel* » (Fran Hadley, et AL 2004).

3.2. Objectifs recherchés au travers ces outils

3.2.1. Gestion et organisation des ressources :

Ces outils ont été élaborés pour pouvoir mesurer les besoins de soins de chaque patient, afin d'estimer intégralement la charge de travail dans toutes les unités de soins (EROS 2015). Ces outils peuvent permettre aux responsables de soins d'allouer de manière équitable « *le personnel soignant disponible entre les différents services, et de planifier et évaluer les besoins futurs des prestataires* » (EROS 2015). En outre, « *ces systèmes favoriseraient une amélioration de la gestion des ressources disponibles en facilitant la détermination et la composition des équipes de bases, et en amenant à l'élaboration d'un plan de roulement et d'une feuille de route du personnel des soins* » (EROS 2015).

3.2.2. Améliorer la qualité des soins :

Pour assurer la continuité des soins, et faire l'inventaire des besoins de chaque patient, ces outils ont été conçus de sorte que les principes de la démarche des soins y soient respectés (EROS 2010). Ils permettent ainsi d'améliorer l'organisation des soins et sensibiliser au quotidien les soignants sur les risques que les patients encourent. « *Ces instruments contribueraient à améliorer le plan de soins, car ils sont complétés et mis à jour régulièrement. Ils identifieraient aussi les écarts qui existent entre les soins requis et les soins qui sont réellement donnés.* » (Tilquin Charles et al).

3.3. Présentation des Outils

Les outils qui vont être énumérés sont des exemples théoriques. Trois instruments ont particulièrement retenu mon attention. Le premier est le PRN (projet de recherche en nursing), « *il contient des éléments de la démarche de nursing, ce qui tend à mettre en évidence le rôle propre des infirmières* » (EROS 2015), Il est destiné à mesurer le travail de tous les services de soins. Nombreux outils ont été élaborés sur base des travaux du PRN (EROS 2015). Le second est le PLAISIR (planification informatisée des soins infirmiers requis), il est surtout destiné aux institutions où les patients sont amenés à rester sur une longue période (maison de repos et de soins) (EROS 2015). Le NEMS (nine equivalents of nursing manpower use score)

est le troisième outil, élaboré au départ pour évaluer la charge de travail des unités de soins intensifs.

3.3.1. *Projet de recherche en nursing (PRN) :*

Le PRN a été développé au Canada en 1974 par EROS (équipe de recherche opérationnelle en santé) lors d'un projet de recherche du centre hospitalier Sainte Justine de Montréal, sous la direction de Charles Tilquin et Monique Chagnon (Tilquin Charles et al). Le but de cet outil est de déterminer la quantité d'infirmier nécessaire pour chaque unité de soins, en mesurant le niveau des soins et assistance requis par patients (Tilquin Charles et al). Il calcule la charge en soins des trois shifts (matin, soir, nuit) sur 24h. Il base son recueil d'information sur la démarche de soins, ce qui nécessite une bonne tenue de plans de soins infirmiers (Tilquin Charles et al).

Le projet de recherche nursing, est composé de 178 entrefilets, qui correspondent à des besoins spécifiques de soins (EROS 2010). Pour répondre à un besoin, des actions appelées facteurs en langage PRN sont programmées, « *ils recouvrent des interventions infirmières pour la prévention à la santé, promotion à la santé, la rééducation et le traitement* » (EROS 2010) ... Chaque facteur PRN a un poids, qui représente le temps nécessaire pour la réalisation d'un acte. Ils sont exprimés en points. 1 point équivaut à 5 minutes (EROS 2010). Les entrefilets sont regroupés en 8 grandes catégories, selon les besoins fondamentaux de Virginia Henderson : Respiration, Alimentation, Élimination, Hygiène, Mobilisation, Communication, Traitements et Méthodes diagnostiques (EROS 2010).

Pour évaluer la charge en soins d'une unité, on additionne le poids de tous les facteurs pour l'ensemble des patients présents dans le service. Ensuite, on divise le total qu'on aura par le nombre de patient pour avoir le temps moyen qu'un soignant doit passer au chevet du patient. Ce mode d'évaluation existe en version informatique et manuelle. Cette dernière a le désavantage de nécessiter beaucoup plus de ressources temporelles, au contraire du logiciel informatisé (EROS 2010).

3.3.2. Planification informatisée des soins infirmiers requis (PLAISIR) :

Le plaisir a été créé, lui aussi au Canada et plus précisément au Québec en 1989 (EROS 2015). Il s'agit d'une variante du PRN destiné surtout aux établissements de long séjour, mais peut aussi mesurer la charge aiguë de soins des hôpitaux (EROS 2015). Il permet d'évaluer le niveau de soins requis pour une bonne gestion et planification des ressources infirmières. Il est composé de trois parties, **la première** permet d'établir le profil biopsychosocial des bénéficiaires, c'est une anamnèse (EROS 2015). **La seconde partie** permet d'élaborer le profil des services nécessaires, en établissant un plan de soins infirmier pour chaque patient sur une période hebdomadaire (EROS 2015). Dans cette partie, 170 actions de soins sont programmées, divisées en 10 catégories sur base des besoins fondamentaux de Virginia Henderson : Respiration, Communication, Alimentation, Médication, Élimination, Thérapie I.V, Hygiène, Autres traitements Mobilisation, et Méthodes diagnostique (EROS 2015). **La troisième partie**, consiste à mesurer les ressources nécessaires pour la réalisation des soins. Elle calcule le niveau global de soins de chaque bénéficiaire, en évaluant le temps que les soignants doivent mettre pour chaque action, et prévoit la fréquence et la période des actions dans la semaine (EROS 2015).

3.3.3. Nine Equivalent of Nursing Manpower use score (NEMS) :

Elaboré en 1997, le NEMS est un outil qui a été développé par the Foundation for Research on Intensive Care in Europ (Marco Previsdomini et al 2012). Cet outil est formé de 9 items reprenant des actes infirmières côtés sur une échelle de 3 à 12 points en fonction du niveau de complexité de l'intervention. Ces points, définissent le temps nécessaire pour la réalisation des actes (Marco Previsdomini et al 2012). 3 point équivaut à 10 minutes. Exemple : 3 point ont été attribués à la médication intraveineuse, cela veut dire que cette action doit être effectuée en 10 minutes (Marco Previsdomini et al 2012). Cet instrument est fortement utilisé en Suisse, et joue un rôle prépondérant dans la dotation du personnel des soins intensifs (Perren A et AL 2014).

PARTIE 2 : CADRE PRATIQUE

Introduction :

L'exploration du cadre théorique permet de constater des impacts de la surcharge de travail sur les soignants et la qualité des soins. Pour y faire face, une équipe mobile a été créée. Cependant, malgré la création de l'équipe mobile, la CDT, étant sujette à des fluctuations constantes, n'est pas maîtrisée. Des nouvelles difficultés ont vu le jour. Le dispatching des effectifs mobiles a paru déséquilibré entre les unités générant des tensions. Certains services ont eu l'impression d'être désavantagés par rapport à d'autres. C'est dans ce contexte que certains hôpitaux ont pris la décision de se doter d'un système de mesure de la charge de travail afin de hiérarchiser la demande d'aide des services de soins et d'apporter une certaine équité entre les unités. D'autres établissements hospitaliers n'ont par ailleurs pas opté pour ce mode de gestion, ce qui suscite une interrogation à propos de la pertinence des instruments de mesure. Permettent-ils aux cadres dirigeants de mieux appréhender les fluctuations de la charge de travail ? Sur quels critères se basent-ils pour mesurer la charge de travail ? Ces critères reflètent-ils la réalité des unités de soins ?

En outre, cela amène à une seconde interrogation concernant les institutions qui ont opté pour une autre méthode de gestion. Comment font-elles pour mesurer leur charge de travail ? Sur quels critères se basent-elles pour prioriser la demande d'aide des unités de soins ?

Toutes ces interrogations ont orienté la recherche qui se centrera sur le questionnement suivant :

Au sein d'un hôpital, comment un instrument de mesure influence-t-il la gestion de la charge de travail et l'affectation des membres de l'équipe mobile ?

Objectif général :

Le but de ce travail est de réaliser une analyse comparative entre deux hôpitaux, dont un qui possède un outil de mesure formel de la CDT, et un autre qui n'en dispose pas. Nous pourrions ainsi comparer l'effet réel d'un système de mesure dans la gestion de la CDT ainsi que dans l'affectation des membres de l'équipe mobile.

Objectifs spécifiques :

Identifier l'apport de cet instrument au niveau de :

- La concrétisation de la CDT
- La communication entre les acteurs concernés par la CDT
- La priorisation des demandes effectuées par les unités de soins
- L'identification des avantages ainsi que des faiblesses de cet outil, et voir s'il serait bénéfique de l'implémenter dans un hôpital qui n'en dispose pas.

A. Méthode de recherche :

Par rapport à la question de recherche ci-dessus, une approche qualitative a semblé plus appropriée qu'une approche quantitative. En effet, l'objectif étant d'analyser l'apport de cet outil dans l'affectation des agents de l'équipe mobile pour répondre à la hausse de la charge de travail.

La méthode qualitative se justifie par le fait que les informations recherchées sont de type descriptif. Elles permettent de comprendre la perception de chaque acteur, de recueillir leur point de vue et les souhaits qu'ils énumèrent, mais aussi de profiter des expériences organisatrices acquises par les acteurs.

1. Collection des données :

Afin de récolter les informations, des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés. Il s'agit d'une interview, d'un échange qui est dirigé et orienté par le chercheur. Pour préparer et structurer les entretiens, un guide a été élaboré en amont. Ce dernier a été utilisé auprès de tous les acteurs des deux institutions afin de permettre une validité des résultats. Il reprend une liste de question qui se rapporte à des thèmes spécifiques du sujet. Cependant, les interviewés ont répondu de manière libre, et changeant eux même l'ordre du questionnaire.

Cette méthode m'a permis de collecter de nombreuses données concernant la question de recherche. De plus, ce travail étant centré sur les données qualitatives, l'entretien semi-directif est celui qui a permis d'appréhender le sens des propos des interviewés. Les questions ont par ailleurs été énoncées sur base de thématiques prédéfinies, qui sont : la présentation, l'objectivation de la charge de travail, l'affectation de l'équipe mobile, la communication, la priorisation des unités et les avantages ainsi que les faiblesses.

Le guide :

Tout d'abord, le guide débute par des questions relatives à la présentation, l'objectif est d'introduire progressivement les acteurs dans l'entretien. Ensuite dans un second temps, des questions ayant pour but de collecter un maximum de données sont abordées. Les objectifs visés au travers de ce questionnaire sont l'investigation de la perception des soignants par rapport à la CDT, la mise en exergue des méthodes de gestion utilisées ainsi que des atouts et des limites de ces dernières.

Par ailleurs, avant la réalisation des entretiens, le guide a été testé auprès de quatre sujets : deux étudiants du master en santé publique et deux collègues infirmiers de mon lieu de travail. Ce test a permis de reformuler un des items qui n'était pas assez intelligible. Pour réaliser les entretiens, j'ai dû soumettre une demande d'enquête auprès de la direction infirmier des deux établissements qui ont donné une suite favorable à celle-ci. Chaque entretien débute par les présentations. Je me présente et demande au participant de faire de même, ensuite j'explique l'objectif de l'entretien, puis je commence à leur poser les questions.

2. Echantillon et population :

Le choix de l'échantillon est de type intentionnel. Il est caractérisé par la subjectivité du chercheur. Nous avons choisi des acteurs qui sont en lien direct avec le sujet traité. Ils sont issus essentiellement de deux institutions qui sont :

2.1 Clinique Saint-Luc Bouge (sans outil de mesure) :

La clinique fût créée en 1930. Actuellement, elle emploie 1016 collaborateurs dont la majorité sont des prestataires de soins. Elle possède une capacité de 345 lits agréés, dont 130 lits C

(chirurgie), 110 lits D (médecine), 15 lits de soins intensif (C+D), 45 lits de gériatrie, 45 lits psychiatrique et 20 lits banalisés (C+D). Cependant, 400 lits sont justifiés et financés. Cette institution possède une équipe mobile divisée en deux groupes. Un groupe de jour avec 24 membres, composé de 12 infirmiers, 10 aides-soignants, une aide-logistique et une infirmière chef pour assurer la gestion. L'équipe de nuit est formée par 14 membres, dont 4 infirmiers chefs et 10 aides-soignants. Chaque nuit, un infirmier chef assure la permanence avec des aides-soignants.

Pour garantir l'affectation des membres, de l'équipe mobile et de la gestion de la charge de travail, cet hôpital n'utilise pas d'instrument de mesure.

2.2 Les cliniques universitaires Saint-Luc Bruxelles (avec outil de mesure) :

Cet établissement accueille ses premiers patients en 1976. Il possède 979 lits d'hospitalisation agréés mais 1013 lits sont justifiés et financés. 951 lits agréés sont attribués aux soins aigus toutes disciplines (chirurgie, médecine interne, pédiatrie, soins intensifs) dont 12 lits de soins continus (indice D), 22 lits NIC (néonatal intensive care) et 28 lits de revalidation locomoteur de moyen séjour. La clinique compte 6009 collaborateurs, dont la majorité est représentée par les soignants. Au sein de cette institution, l'EM est composée au total de 120 membres dans laquelle nous trouvons essentiellement des infirmiers gradués, aides-soignants et aides logistiques. Elle est divisée en équipe de nuit, qui comporte 18 ETP et de jour avec 69 ETP, ce qui favorise un fonctionnement 24h sur 24 et 7jours/7. Par ailleurs, pour qu'il y ait un bon roulement des agents, 8 infirmiers chefs assurent la gestion de l'EM, dont 4 la nuit et 4 le jour. La gestion de la CDT et l'affectation des agents mobiles sont réalisées sur base d'un outil de mesure de la charge de travail.

2.3 Choix des acteurs :

Dans chaque institution, je me suis entretenu avec cinq acteurs, dont un infirmier chef EM, deux infirmiers chefs de service et deux infirmiers, ce qui porte le total des entretiens à dix. Le choix des acteurs s'est effectué en fonction du rôle qu'ils jouent dans la gestion de la CDT.

Infirmiers chefs équipe mobile : son rôle est d'assurer l'encadrement du personnel de l'EM, assurer leur affectation en priorisant les unités où la CDT est élevée. Leur point de vue est primordial, car il joue un rôle clé dans la gestion de la CDT.

Infirmiers chefs : Ils sont responsables de l'organisation du travail et de la gestion des équipes au sein des unités de soin. Ils médiatisent le lien entre les équipes de soin, la direction et les chefs de l'équipe mobile. Lorsque la CDT est élevée, c'est souvent eux qui appellent les responsables de l'EM afin d'avoir l'aide nécessaire. Leur perception est indispensable, car elle permet d'apporter une certaine objectivité du fait qu'ils sont en contact tant avec les soignants qu'avec la direction.

Infirmiers : ils sont chargés de la réalisation des soins au chevet des patients, évaluent la charge de travail et sont directement concernés lorsque celle-ci augmente. Il semble important d'avoir leur perception par rapport à la méthode de gestion utilisée par l'institution. Ce qui permet de comparer leur ressenti à celui des dirigeants. De plus, en étant au cœur de l'activité soignante, ils occupent une place centrale pour énumérer les faiblesses et les forces des méthodes de gestion.

2.4 Choix des unités de soins :

Dans chaque institution, des disciplines identiques ont été ciblées : un service de médecine et un service de chirurgie. Cependant, les unités ne seront pas nommées afin de préserver l'anonymat.

3. Critères d'inclusion :

- Travailler dans un établissement hospitalier général.
- Travailler dans les soins ou l'organisation des soins.
- En Belgique francophone.
- Parler français.

4. Anonymat :

Pour permettre aux acteurs de s'exprimer de manière libre, le respect de l'anonymat leur a été assuré sur l'entièreté des données recueillies.

B. Analyse des données/ Présentation des résultats :

Nous nous sommes basés sur l'analyse thématique descriptive afin d'analyser les résultats obtenus. Elle consiste « à rendre compte systématiquement et objectivement ce qui a été dit à propos du sujet de recherche » (Aujoulat 2017). Cette analyse est accompagnée par une analyse interprétative, qui nous permet d'user des connaissances issues de la littérature, mais aussi de nos jugements. La retranscription des entretiens a été suivie d'une lecture et analyse répétitive.

1. Les Cliniques Saint-Luc Bruxelles

1.1. Perception :

L'objectif est d'avoir la perception des soignants sur la lourdeur de leur activité et les causes qui expliquent la hausse et la variation de la CDT. Sans équivoque, tous les soignants interrogés estiment que la charge de travail est lourde. Les principales causes qui ressortent des entretiens sont : l'insuffisance temporelle, la polypathologie des personnes âgées qui requière une prise en charge complexe, la hausse des interventions chirurgicales, les admissions et les sorties inopinées.

« La charge de travail varie selon les moments. Parfois sur une échelle de zéro à dix nous l'estimons à huit sur dix et d'autres fois elle peut atteindre les dix sur dix. Ces variations sont dues au fait que l'état de santé d'un patient change d'un jour à l'autre, nous avons beaucoup de patients gériatriques qui souffrent de multiples pathologies et de complications qui nécessitent énormément de soins. A cela, nous ajoutons les sorties et les admissions imprévues. La majorité des patients admis transitent par les urgences, lorsqu'elles sont surmenées, nos unités le sont aussi, car les patients qui présentent un état critique sont systématiquement hospitalisés dans les services. Les interventions chirurgicales augmentent aussi considérablement notre charge de travail, il y a des jours où nous avons plus de dix opérations et d'autres jours beaucoup moins ».

« Infirmier »

Par ailleurs, au travers de ces entretiens, ce qui ressort beaucoup est la lourdeur des tâches de l'équipe mobile. L'EM qui a été créée pour pallier l'augmentation de la CDT dans les unités de soin, est à son tour surmenée à cause d'une charge de travail qui ne cesse de croître. Il arrive fréquemment que l'institution fasse appel à des agences d'intérim et des étudiants infirmiers pour suppléer les équipes. Le support unique de l'EM est insuffisant.

« Ils ont aussi beaucoup de boulot, surtout l'équipe mobile de remplacement immédiat (EMRI). Les membres de l'EMRI passent souvent le temps à courir parce qu'on peut les appeler dans un service et 30 minutes plus tard, ils sont amenés à aller aider dans un autre service. Ils n'arrêtent pas non plus, ils sont fort sollicités. Au final, l'EM qui est censée aider les unités pour diminuer leur CDT se trouve à son tour surmenée ».

« Infirmier »

1.2. Objectiver la charge de travail :

Au sein de cette institution, la CDT est gérée grâce à un outil de mesure formel qui permet d'estimer l'activité de chaque service.

*« Dans notre établissement nous utilisons un outil qui évalue la charge de travail. Il est rempli matin et soir par les infirmiers. Cet instrument est composé de deux parties, **une première** qui permet de mesurer la charge de soins en calculant le nombre de patients présents dans le service et la quantité d'actes infirmiers qui sont définis sur base de 11 items reprenant chacun des interventions infirmières. **La seconde partie** évalue les ressources disponibles en termes de personnel. Elle quantifie le nombre d'aides-soignantes, d'infirmiers, d'étudiants, et d'aides-logistique présents. Ensuite, le logiciel effectue le ratio du total des actes de soin et du nombre de soignants, ce qui donne un coefficient entre 1 à 5 qui est attribué à chaque unité. Le 1 signifie que la CDT est faible et le 5 qu'elle est élevée. Les services qui ont une charge de travail élevée seront en rouge et ceux dont c'est faible seront en vert ».*

« Infirmier Chef »

Tous les acteurs estiment que cet outil est un élément facilitateur qui permet globalement d'objectiver la charge de travail afin d'en assurer une bonne gestion.

1.3. L'affectation de l'EM :

Le but est de comprendre l'organisation de l'équipe mobile, le déroulement des répartitions et les principes de bases sur lesquels les affectations sont fondées.

Tous les interviewés s'accordent à dire que les agents mobiles sont affectés en fonction de la charge de travail de chaque service et du nombre de personne présent dans l'EM. L'équipe mobile est divisée en deux équipes, dont une de nuit qui est formée d'infirmiers et aides-soignants qui sont amenés à aider toutes les unités. L'équipe de jour quant à elle est scindée en deux groupes. Le premier groupe, composé d'infirmiers essentiellement, comporte 70% des agents qui sont spécialisés dans une filière d'activité prédéfinie au préalable avant leur entrée au sein de l'EM. Ils assurent des remplacements fixes, c'est-à-dire que l'attribution des services aux agents est programmée à l'avance lors de la constitution des horaires. Ces soignants sont affectés dans leur filière uniquement. Le second groupe, qui est nommé EMRI (équipe mobile de remplacement immédiat) est composé d'infirmiers et d'aides-soignants. Il contient 30% de l'effectif qui assure essentiellement des remplacements immédiats dans tous les services. Par ailleurs, l'équipe mobile de jour, tout comme celle de nuit, ne sont pas amenées à effectuer des remplacements aux urgences et aux soins intensifs.

La répartition des agents est facilitée par l'outil de mesure qui indique les services qui sont davantage dans le besoin. Chaque matin, les infirmiers de nuit remplissent leur CDT avant 6H, ils l'envoient ensuite à l'infirmier chef de L'EM de nuit. Ce dernier effectue la répartition des membres de l'EM en tenant compte du nombre de soignants présents dans son équipe du matin, des filières de spécialisation des membres de l'EM et de la charge de travail des unités. Pour une demande d'aide l'après-midi, ce sont les infirmiers présents le matin qui remplissent l'outil d'évaluation avant 13h. A son tour, l'infirmier chef de l'équipe mobile de jour effectue le dispatching de l'EM en se basant sur les mêmes critères que celui de nuit. Par ailleurs, le soir, la charge de travail n'est pas évaluée car les agents mobiles de nuit ne sont pas affectés dans un service précis, ils sont amenés à se rendre dans toutes les unités pour aider les infirmiers de nuit.

Ces entretiens ont également amené à développer le thème de l'équité entre les unités de soins lors de la répartition des agents mobiles. Les avis sur la question sont partagés entre les infirmiers d'unités et l'infirmier chef de l'EM. Ceux qui assurent la gestion de l'EM sont convaincus d'être équitables, alors que les soignants pensent le contraire.

« Je pense que nous sommes équitables dans notre répartition. Jusqu'à présent personne ne s'est plaint de ne pas avoir l'aide nécessaire au moment où la demande est faite ».

« Infirmier Chef »

« Depuis l'introduction de cet instrument il y a moins de conflits qu'avant, mais parfois nous avons le sentiment de ne pas avoir l'aide nécessaire au moment opportun ».

« Infirmier »

1.4. Prioriser les demandes :

La condition sine qua non pour une demande d'aide passe par le remplissage de cette échelle. Ainsi toutes les demandes sont hiérarchisées grâce à l'instrument de mesure. Il établit un ordre de priorité entre les services sur base de la charge de travail et des ressources en termes de personnel.

« Lorsqu'un service souhaite une aide, il est obligé de remplir l'outil de la CDT. Sans ça, aucune aide ne lui sera octroyée. Donc chaque service remplit sa CDT et l'envoie à l'infirmier chef de L'EM qui centralise toutes les demandes. L'ordre des priorités est établi automatiquement par le logiciel et est visible dans tous les services. Je trouve que cette méthode de hiérarchisation est objective de manière générale car tout le monde est au courant du fonctionnement ».

« Infirmier Chef d'unité »

1.5. Communication :

Au sein de l'institution, cet instrument constitue le moyen de communication privilégié en matière de gestion de la charge de travail. Toutes les demandes d'aides des unités se font au travers de cet outil. L'affectation des agents mobiles repose également sur cette échelle. Cependant, en cas d'urgence suite à une augmentation inopinée de la charge de travail d'un service, l'unité peut directement contacter le chef de l'EM par un appel téléphonique. Cependant, l'outil doit être rempli et envoyé au préalable. Tous les acteurs considèrent unanimement que cet instrument est un moyen de communication efficace, car il permet de centraliser toutes les demandes, empêchant ainsi la perte d'information.

1.6. Avantages de l'outil :

D'après les acteurs interrogés, les bénéfices apportés par cet outil reposent essentiellement sur la **continuité de l'information**. Il a permis de fluidifier la communication entre les acteurs grâce à la centralisation de toutes les demandes formulées et la limitation des appels téléphoniques. L'information circule sans être déformée ou fragmentée ni perdue en cour de route.

Grâce à l'évaluation du travail, cet outil, contribue à **planifier, coordonner et organiser** avec rigueur les ressources humaines disponibles. Il favorise **une meilleure gestion** de la charge de travail. Lorsqu'il est rempli correctement, il cible de manière générale les services où l'activité est importante, ce qui permet de placer les renforts dans les unités appropriées et simplifier la répartition des membres de l'EM.

Par ailleurs, à cause des absences inopinées des soignants et la variation de l'état clinique des patients selon les jours, la charge de travail est sujette à des fluctuations constantes. Cet instrument permet d'**anticiper** au maximum ces changements. Lorsqu'il y a une absence inattendue au sein d'un service, elle est directement comptabilisée au moment de l'évaluation, alertant ainsi l'infirmier chef de l'EM. L'unité est alors classée parmi les services prioritaires pour ce jour. Afin de prévenir une hausse de la charge de travail le jour suivant, un membre de l'équipe mobile sera directement programmé dans cette unité pour le lendemain.

Il apporte aussi un support au niveau de la **gestion des conflits**. En effet, il permet d'éviter les oppositions entre ceux qui gèrent l'EM et les chefs des unités de soins. Tous les acteurs connaissent les critères des affectations qui sont : une charge de travail élevée et une diminution des ressources humaines. Ils savent également que toute demande d'aide doit impérativement transiter via ce logiciel. Un classement des services du plus lourd au moins lourd est établi. Ceci est visible sur le logiciel et l'ensemble des unités y a accès. Cet outil a permis de formaliser, d'objectiver la gestion de la CDT et l'affectation des agents mobiles. Ce qui, en fin de compte a contribué à la diminution des sources de conflits.

Pour la direction des soins, cette échelle constitue un excellent moyen de surveillance du personnel soignant. Elle favorise en effet l'élaboration de données statistique sur les unités qui ont une charge de travail conséquente et qui font appel régulièrement à l'équipe mobile. Elle conçoit également pour chaque service des éléments d'informations sur le taux d'absentéisme ainsi que leur motif.

1.7. Faiblesse de l'outil :

Lors des entretiens, j'ai pu constater un désaccord entre l'infirmier chef de l'EM, qui considère que cet outil a peu de faiblesse et les soignants des unités qui pensent le contraire. Ces derniers ont énuméré des faiblesses, qui selon eux, invalident la gestion la CDT.

La majorité des interviewés s'accordent à dire que le remplissage de l'outil repose sur une part de subjectivité. L'instrument est très sensible à l'œil de celui qui le complète. En effet, les soignants peuvent s'abstenir volontairement de quantifier avec précision les actes infirmiers qui sont à réaliser au sein de leur unité. Exemple, lorsqu'il y a trois toilettes complètes, pour être certain d'avoir l'aide nécessaire, celui ou celle qui a rempli l'outil dira qu'il y a huit toilettes complètes au lieu de trois.

Par ailleurs, une autre critique formulée à cet outil est par rapport aux items d'évaluation. Les acteurs considèrent que les critères ne favorisent pas une estimation de la charge réelle car la mesurabilité de certaines activités indispensables dans la pratique infirmière est très complexe et ne figure pas dans les critères d'évaluation.

Exemple : les sorties inopinées des patients demandent une grande organisation et il est difficile de quantifier le temps que les soignants consacrent à cela. Les entrées imprévues via les urgences qui sollicitent un travail administratif conséquent en plus des surveillances ne sont pas non plus quantifiables. Un patient qui fait une détresse respiratoire exige beaucoup d'actes médicaux et infirmiers. La mobilisation de toute une équipe et parfois des membres du service de réanimation est indispensable pour pouvoir le stabiliser. Dans une telle situation, il est très compliqué de définir le temps de la prise en charge, car nombreux facteurs entrent en jeu comme l'âge ou les antécédents.

Cependant, tous considèrent que cette échelle permet de trouver un bon compromis entre ceux qui gèrent la hausse de la CDT et ceux qui subissent au quotidien cette hausse.

« Cet instrument permet une estimation de la CDT, mais ces critères n'évaluent pas toujours correctement la charge de travail. C'est un outil qu'on peut encore améliorer, car il ne reflète pas toujours la charge réelle des unités. Par exemple : Lorsque nous avons des patients qui sont plus demandeurs que d'autres, qui sonnent de manière intempestive, pour des raisons X ou Y, vu que la CDT est déjà importante, ceci l'augmente davantage, et l'outil ne permet pas de refléter cet aspect du travail ».

« Infirmier Chef d'unité »

« Ces critères nous permettent d'avoir une estimation globale du travail, mais ils ne reflètent pas toujours la réalité. Parfois nous n'avons pas forcément beaucoup de pansements, de toilettes, mais il suffit d'avoir des urgences, des patients confus, des patients qui nécessitent un gros nursing, la charge de travail explose d'un coup ».

« Infirmier »

Certains infirmiers ont également énoncé le manque de conformité de l'outil à l'ensemble des unités de l'hôpital. Pour ces derniers, cet instrument est plus approprié aux services de médecine que de chirurgie. Ils fondent leur critique sur le fait qu'aucun des items d'évaluation ne reprend le nombre de patients opérés qui requièrent des surveillances rigoureuses, continues et qui sont sources d'accroissement de la CDT. En postopératoire, les paramètres vitaux de chaque patient sont évalués régulièrement afin de surveiller l'évolution de leur état de santé et de s'assurer qu'aucun trouble ne resurgisse. Le contrôle du confort fait aussi partie intégrante du suivi après une intervention chirurgicale. En effet, la douleur, les nausées et les vomissements sont des symptômes habituels auxquels les soignants doivent être attentifs pour pouvoir apporter une réponse appropriée, car ils invalident fortement le patient. En outre, la surveillance et les soins des appareillages (sondes vésicales, sondes nasogastriques, cathéters périphériques ou centrales, redons, drains, pansements) sont également des éléments indispensables dans la prise en charge du patient et leurs réalisations demandent du temps. Selon les soignants, la difficulté de la période postopératoire réside sur le fait qu'un patient concentre à lui seul toutes les activités précitées. Lorsque nous multiplions ces prestations auprès d'une dizaine de patients cela ne peut qu'augmenter la charge de travail.

« Ce n'est pas la présence d'un opéré qui augmente la CDT. C'est lorsqu'ils sont dix ou quinze et en général nous avons souvent une dizaine d'opérés la semaine. Mais malheureusement le nombre d'opérés n'est pas pris en compte par l'échelle de mesure ».

L'absence de certaines activités est aussi pointée du doigt. La prise des glycémies ainsi que leurs surveillances, les sonnettes intempestives, les actes administratifs sont des éléments négligés voir absents lors de l'évaluation du travail. Pourtant ce sont des sources qui provoquent un accroissement de la CDT quand le nombre de patient est conséquent. En effet, un patient qui présente des troubles fonctionnels en plus d'un état de santé précaire sera plus demandeur et appellera plus souvent les soignants pour des petits besoins auxquels il est incapable de répondre. Ces demandes, qui au départ sont insignifiantes, prennent une ampleur

beaucoup plus importante lorsqu'elles se multiplient, générant par conséquent une surcharge de travail.

« Il arrive souvent que nous oublions de réaliser les glycémies ou d'administrer les insulines à cause d'une charge de travail importante et des patients qui n'arrêtent pas de sonner pour des petites choses. Malheureusement, les glycémies, les sonnettes, les insulines sont des actions qui ne sont pas prises en compte lors de l'estimation de la CDT. Les gestionnaires pensent que leur réalisation ne prend pas du temps. Pourtant ce sont des activités qui demandent du temps surtout quand le nombre de patient est important dans le service. De plus, manquer ces soins peut avoir des conséquences graves pour le patient ».

« Infirmier »

Cet instrument est perçu par certains infirmiers chefs d'unités comme un moyen de pression de la direction. Comme l'outil permet de concevoir des mesures statistiques sur les services qui font appel régulièrement à l'équipe mobile, les infirmiers chefs ordonnent à leur équipe de compléter l'outil de sorte que leur service n'apparait pas parmi ceux qui ont une charge de travail importante, ainsi ils n'auront pas l'aide de l'EM et par conséquent dans les données statistiques, ils figureront parmi les unités qui demandent moins souvent l'aide de l'EM.

2. Clinique Saint-Luc Namur

2.1. Perception :

Dans cette institution, la charge de travail fluctue constamment. De manière générale tous les acteurs s'accordent à dire que sur une échelle de zéro à dix la CDT se trouve à 9/10. Selon les membres de cet établissement, les principales sources de cette croissance sont dues à une insuffisance temporelle et au manque de personnel. En effet, d'après leur dire, ils sont régulièrement en sous-effectif pour accomplir des tâches complexes auprès de patient qui ont des besoins multiples.

« Vous avez la charge de travail change énormément. Il y a des jours où le travail est plus soft et des moments où nous avons l'impression que le travail ne finira jamais. Dans l'ensemble je donnerai une note de 9/10. Les causes de l'augmentation de la CDT sont d'une part liées aux patients qui demandent beaucoup de soins à cause de pathologies multiples dont ils souffrent. Et d'autre part, le manque d'effectif des équipes de soins constitue aussi un

élément majeur à cette augmentation. Dans mon équipe il me manque 3 équivalents temps plein. Nous ne sommes pas les seuls à être dans cette situation parce que dans les autres services aussi c'est le cas. La direction nous dit qu'elle ne parvient pas à embaucher à cause de la pénurie. Ce qui n'est pas près de s'améliorer car en 2019 il n'y aura pas d'étudiant qui sortiront de l'école vu que les études sont passées à 4ans. Et Il y aussi les malades que nous ne parvenons pas toujours à remplacer. Le manque d'effectif, provoque un manque de temps dans la réalisation des soins et chaque jour nous sommes amenés à courir derrière le temps. Le travail qui doit être fait par deux personnes est réalisé par une personne, ce qui, indéniablement contribue à augmenter la CDT ».

« Infirmier Chef d'unité »

Ces entretiens ont par ailleurs énuméré l'insuffisance de l'EM pour répondre à la hausse de la CDT qui, tout comme les unités de soin est aussi invalidée par le manque de personnel.

« Il arrive souvent que nous appelons pour avoir l'aide de l'EM et qu'on nous réponde ce n'est pas possible ce jour, car il y a une insuffisance au niveau du personnel. Parfois, pour nous aider la direction fait appel à des étudiants qui sont en troisième années infirmier. L'équipe mobile est certes précieuse, mais elle est aussi affectée par la pénurie qui touche notre profession ».

« Infirmier »

2.2. Objectiver la charge de travail :

Au sein de cet établissement, il n'y a aucun moyen qui permet d'évaluer la charge de travail des unités. Pour estimer la CDT, la direction se fie aux évaluations subjectives des équipes de soins qui sont très sensibles et variables selon la perception de chaque soignant. En effet, au travers des entretiens nous avons pu constater que les prestataires de soins perçoivent différemment la notion de charge de travail. Certains soignants orientent essentiellement leur mesure sur la quantité d'actes techniques qui doivent être réalisés (exemple : nombre de toilettes complètes ou de pansements). Tandis que d'autres dirigent leur évaluation en fonction des ressources humaines qui sont disponibles. Dans ce contexte, tous les soignants qui ont été interrogés estiment qu'il est très compliqué d'avoir une évaluation pertinente et objective.

« Notre établissement ne comporte aucun outil qui permet d'évaluer la charge de travail. Cependant, pour avoir une estimation de cette CDT nous nous basons essentiellement sur ce

que disent les soignants. Ces derniers, fondent leur supputation sur deux critères qui nous permettent d'objectiver approximativement la charge de travail des unités, le nombre de soignants présents et la quantité de pansements et de toilettes complètes ».

« Infirmier Chef équipe mobile »

2.3. L'affectation de l'EM :

La majorité des acteurs interrogés connaît la procédure d'affectation des agents mobiles. Au sein de cette institution, l'EM est formée de deux groupes, le premier « de nuit », composé de quatre infirmiers chefs qui se relaient et de dix aides-soignants. Le second « de jour » qui est formé de douze infirmiers, dix aides-soignants, une aide-logistique et d'un infirmier chef assurant la coordination et la gestion de tous les agents. L'équipe de jour est aussi divisée en deux groupes. Le premier est une équipe mobile de remplacement immédiat (EMRI) dont le but est d'apporter un support aux unités lorsqu'il y a une absence à couvrir en moins de 48h. Le second est une équipe de remplacement fixe, qui est appelée COLLA, les membres de cette équipe sont en général affectés dans les unités bien à l'avance lors de la réalisation des horaires et/ou en cas d'absence programmée depuis plus de 48h. Les agents de l'EM sont repartis sur base de deux critères qui sont : les absences inopinées et une charge de travail intense.

La gestion de l'équipe mobile de jour est assurée grâce à un fichier Excel qui reprend le nom de l'ensemble des agents mobiles et des services de l'hôpital. L'intérêt de ce fichier est qu'il permet d'avoir une trace des unités où les membres de l'EM sont affectés et de visualiser les ressources humaines qui restent au sein de l'EM au fil des jours. A chaque fois qu'une unité formule une demande d'aide, lorsque celle-ci est acceptée, l'infirmier chef de l'équipe mobile note la date et le service auquel le membre de l'EM a été alloué.

En journée, l'organisation de l'EM est la suivante : la répartition des membres l'EM est effectuée en fin de journée vers 17h sur base des demandes qui sont formulées par les unités. La majorité des agents de l'EMRI sont alors systématiquement fixés. Par ailleurs, seul un agent ne sera pas assigné à un service. Ce dernier jouera le rôle de volant, il est amené à se rendre dans toutes les unités afin d'y apporter son aide. Dans cette institution les soignants de l'EM vont aider dans toutes les unités y compris les urgences et les soins intensifs.

La nuit, l'EM est composée essentiellement d'aides-soignants qui vont aider dans les unités conventionnelles de médecine et chirurgie. Leur coordination est assurée par un infirmier

chef. Celui-ci, apporte son aide aux services d'urgence et de soins intensifs. En outre, aucun lien n'existe entre l'équipe mobile de jour et de nuit. Les deux groupes ne sont pas gérés par le même chef.

Pour effectuer les demandes d'aide, les soignants des unités de soins passent soit par l'infirmier chef de l'EM, soit par un cadre intermédiaire et parfois par le directeur du département infirmier.

Le thème de l'équité a également été abordé. Tous les acteurs de soins pensent unanimement que l'affectation de l'EM n'est pas toujours équitable. La cause de cette iniquité est le fait qu'il est difficile d'évaluer objectivement la CDT des différents services. De plus, certains interviewés rajoutent que dans certaines unités, leur demande d'aide est octroyée automatiquement, alors que dans d'autre unité ce n'est pas le cas.

« Chez nous la répartition de l'EM n'est pas du tout équitable. Il y a des services qui ont toujours l'aide nécessaire et d'autre pour l'avoir ils doivent cravacher. Je me demande sur quoi ils se basent pour repartir les membres de l'équipe mobile, car pour moi il n'y a aucune objectivité dans cette répartition ».

« Infirmier chef d'unité »

L'affectation des agents est en effet fondée sur une part de subjectivité. Parfois nous sommes contraints de faire des choix entre un service et un autre et ces choix sont en général basés uniquement sur les dires des équipes et des membres de l'EM qui ont été fixés.

« Infirmier chef équipe mobile »

2.4. Prioriser les demandes :

Dans cet hôpital, le processus d'affectation des soignants de l'EM n'est pas régi par un ordre de priorité. Par habitude, les agents sont fixés dans les services qui appellent en premier. Néanmoins, lorsqu'un ou plusieurs services subit des absences imprévues avec une surcharge de travail, ces unités sont automatiquement priorisées par rapport aux autres.

« Ici c'est souvent le premier arrivé, premier servi. Nous n'avons aucun moyen qui nous permet d'établir un ordre de priorité. Et cela nous cause des préjudices, car souvent je suis en conflit avec mes confrères chef qui pensent que j'octroie d'office les aides aux chefs avec qui j'ai des affinités. Or, c'est loin d'être le cas, mon objectif est de placer les agents dans les unités qui sont

réellement dans le besoin, mais en l'absence d'un moyen permettant d'estimer la charge de travail, il m'est impossible d'être objectif. En plus, souvent les cadres m'imposent de fixer des agents dans certains services même quand ce n'est pas forcément nécessaire. Ce qui fait que lorsqu'une unité est réellement dans le besoin, je suis incapable de leur apporter l'aide appropriée parce que je n'ai plus de ressource. Les membres de cette unité penseront qu'on ne leur accorde jamais l'aide au moment où le besoin se présente, ce qui crée souvent des tensions entre nous ».

« Infirmier Chef équipe mobile »

« Un des gros problèmes auquel nous sommes aussi confrontés est l'absence d'une personne ressource qui centralise toutes les demandes. Je suis censé jouer ce rôle formellement, mais la réalité est autre. Les chefs passent soit par moi, soit par un cadre. En général, lorsqu'un chef me formule une demande et que je lui dis qu'il n'y a pas suffisamment de ressource, il téléphone directement à un cadre qui m'impose de lui octroyer la dernière ressource que j'ai ».

« Infirmier Chef équipe mobile »

« Nous avons le sentiment que c'est toujours les mêmes qui sont priorisés. Quand on appelle c'est toujours la même chanson nous n'avons plus personne, essayez de vous débrouiller ».

« Infirmier »

2.5. Communication :

Au départ, les moyens de communication favorisés pour répondre à la hausse de la CDT sont les appels téléphoniques. Ceux-ci permettent, en effet, aux infirmiers chefs de communiquer rapidement, instantanément et en temps réel avec les gestionnaires de l'EM. Dès que le besoin de l'équipe mobile se fait ressentir, les unités contactent directement un cadre ou l'infirmier chef de l'EM pour leur faire un feedback par rapport à la croissance de la charge de travail. Par ailleurs, pour renforcer ce moyen de communication, les messages électroniques ont aussi été rajoutés. L'intérêt de ces derniers réside sur la traçabilité des informations. En effet, garder une trace écrite de toutes les demandes formulées est devenue une nécessité, car beaucoup d'informations se perdent, générant des frictions entre les gestionnaires de l'EM et les chefs de services.

De manière générale, les acteurs de soins sont satisfaits de ces deux modes de communication, ils trouvent qu'ils sont très efficaces, car ils permettent de contacter rapidement la direction, ce qui favorise le traitement immédiat de leurs demandes. Quant à l'infirmier chef de l'équipe mobile, il est aussi enchanté par ces deux sources.

« Dans l'ensemble, je suis satisfait de la transmission des informations au sein de notre établissement. Elle n'est certes pas parfaite, mais globalement la communication est fluide, même s'il y a des informations qui se perdent par moment. Le seul inconvénient est l'absence d'une personne ressource qui centralise toutes les demandes. Comme je l'ai déjà dit, pour effectuer leur demande, les soignants peuvent passer soit par moi, soit par les cadres ou parfois par le directeur de nursing. Il y a beaucoup d'interlocuteurs, ce qui génèrent une fragmentation des informations avec des incompréhensions par moment, qui lorsqu'elles se multiplient génèrent des tensions entre moi, les chefs et les cadres ».

« Infirmier chef équipe mobile »

2.6. Avantages de l'outil :

Selon les interviewés, au sein de cet établissement, l'avantage de leur méthode de gestion résulte dans la proximité. En effet, selon les soignants, il est très facile d'atteindre l'échelon supérieur pour leur faire part de la hausse de la CDT. Le principe de la direction de soins est la « Porte ouverte ». Le but est de laisser leur porte toujours ouverte afin de casser certaines barrières hiérarchiques, qui selon eux, empêchent souvent les soignant de venir à leur rencontre. D'après les interviewés, cette méthode favorise le relationnel et la collaboration entre les cadres dirigeants, les soignants et les managers de soins (infirmiers chefs). De ce fait, même si la direction ne parvient pas toujours à répondre à la hausse de la CDT, les soignants ont au moins le sentiment d'être écouté. Le caractère familial de cette institution, qui fait que chaque soignant peut contacter n'importe quel membre de la direction pour leur signaler toute augmentation de la charge de travail, constitue son principal atout en matière de gestion, car le cheminement des informations se fait rapidement et la direction est très accessible.

2.7. Faiblesse de la méthode de gestion :

Comme explicité ci-dessus, les soignants nomment la proximité comme étant le principal avantage de cet établissement. Ces derniers considèrent cependant, qu'elle constitue aussi l'une des faiblesses dans la gestion de la charge de travail, car elle permet aux soignants de

s'adresser à plusieurs interlocuteurs au niveau de la direction, qui sont susceptibles de donner des réponses quand la CDT est élevée. Ceci constitue une insuffisance parce qu'il arrive souvent qu'un soignant téléphone ou envoie un mail à un cadre pour lui demander l'aide de l'EM. Ce dernier rassure le soignant en lui disant « je vais transmettre votre message à l'infirmier chef de l'EM qui prendra en charge votre demande ». Malheureusement surmené par les mails et les appels intempestifs, le cadre oublie d'effectuer la transmission, ce qui par conséquent génère des problèmes supplémentaires non gérés ou à devoir gérer dans l'urgence, entraînant un mécontentement du soignant qui pense qu'il n'a jamais l'aide nécessaire au moment opportun et que souvent les aides sont toujours octroyées aux mêmes services. L'absence de centralisation est la source qui crée un dysfonctionnement dans la continuité de l'information. En effet, selon les soignants, beaucoup d'informations se perdent et ne sont pas traitées à cause de la fragmentation, qu'ils considèrent comme étant l'un des nœuds de leur institution.

Par ailleurs, le manque d'objectivité a également été pointé du doigt par les prestataires de soins. Ils pensent que pour pouvoir répartir les membres de l'EM dans les unités appropriées, une évaluation objective de la CDT de chaque service est indispensable et doit être réalisée continuellement. Malheureusement, ce n'est pas le cas au sein de l'institution. Avant les affectations, l'infirmier chef de l'EM contacte chaque unité pour avoir l'intensité du travail. Lorsqu'il a des doutes sur l'évaluation émise par les équipes de soins, il appelle le membre de l'EM qui vole dans tous les services pour avoir sa perception de la lourdeur du travail de chaque service. Les agents mobiles sont affectés uniquement sur base d'estimation subjective de la charge de travail, qui est réalisé soit par les membres des services ou par les agents de l'équipe mobile. Par conséquent, cette méthode d'évaluation est erronée car chaque individu a une perception différente de la CDT. Une activité qui paraît lourde pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre, ce qui génère auprès des soignant le sentiment d'iniquité dans la répartition des agents de l'équipe mobile.

L'absence de formalisation a aussi été indiquée par les acteurs interviewés comme une faiblesse. Effectivement, d'après les soignants, il n'y a aucun protocole qui régit clairement la gestion de la CDT et l'affectation de l'EM. A n'importe quel moment un infirmier chef de service peut appeler pour demander l'aide des agents mobiles, parfois pour des raisons tangibles, et par moment les justifications ne sont pas forcément solides. Dans les deux cas une solution doit être trouvée. Selon les soignants, l'absence de formalisation amène souvent à l'iniquité dans l'aide octroyée aux unités. Il arrive régulièrement qu'un service envoie un

mail pour indiquer l'absence d'un membre de l'équipe, dès lors un agent mobile leur sera systématiquement alloué, même si la CDT du service en question est très faible et qu'en présence du personnel présent ils pourraient largement s'en sortir sans aucune aide. Par conséquent cette pratique déforce automatiquement le système de gestion car les unités qui sont réellement dans le besoin avec une CDT très élevée et des absences inopinées ne pourront pas bénéficier d'une aide adaptée. Les Soignants stipulent par ailleurs, que la présence d'un outil qui évalue objectivement la charge de travail permettra d'éviter ce genre d'incohérence parce que l'outil, non seulement va cibler les services qui sont en souffrance, mais il va aussi établir un ordre de priorité entre les unités pour pouvoir fixer les membres de l'EM dans les unités adéquates. De plus, il va permettre de protocoliser les demandes d'aide apportant ainsi plus de transparence et de clarté dans la gestion de la charge de travail et dans l'affectation des agents de l'équipe mobile.

Enfin parmi les insuffisances de l'institution, les soignants ont également mis en exergue la période où les affectations se font. Comme il a déjà été mentionné, les membres de l'EM sont affectés en fin d'après-midi, les prestataires de soins considèrent que ce moment est inadéquat car la charge de travail fluctue constamment. Ainsi il arrive souvent que l'intensité du travail d'un service soit faible à 17h et qu'à minuit cette intensité soit décuplée à la suite d'entrées imprévues qui viennent via les urgences, l'état de patients qui se dégrade ou l'absence inattendue de soignants. Dans un tel contexte, les prestataires de soins trouvent qu'il est inapproprié d'anticiper l'affectation des agents mobiles. Ils pensent que la période de répartition doit être revue afin que les fluctuations de la CDT puissent être maîtrisées au mieux. L'une des propositions apportées est de réaliser les affectations en fin de nuit. Ils considèrent que cette période est plus propice, car la charge de travail de chaque service est connue et les unités qui ont des absents le sont également.

C. Discussion :

1. Au niveau des résultats :

Au regard de l'expérience réalisée aux **cliniques universitaires Saint-Luc Bruxelles**, institutions possédant un outil de mesure de la charge de travail, cet instrument compte nombreux avantages. En effet, il permet au cadre dirigeant d'avoir une estimation de la CDT de chaque unité, ce qui favorise l'établissement d'un ordre de priorité entre les différents services afin d'affecter les agents de l'équipe mobile dans les services qui ont une CDT élevée. Grâce à ce système d'évaluation, la répartition des membres de l'EM est effectuée avec plus d'équité, clarté et transparence.

Grâce à l'élaboration de cet outil, toutes les demandes d'aide qui sont effectuées par les prestataires de soins sont centralisées en un seul endroit, favorisant ainsi une amélioration de la communication entre les acteurs. En effet, l'information circule avec fluidité sans être fragmentée ni perdue durant son trajet. Outre ces bénéfices cités, ce système d'évaluation contribue à formaliser le processus de demande d'aide car aucune requête ne peut être formulée sans au préalable remplir l'outil d'évaluation. Il a également permis de réguler, coordonner et organiser l'affectation des agents mobiles, mais aussi d'anticiper les fluctuations incessantes de la CDT. Lorsqu'il y a une absence inattendue au sein d'un service, elle est directement comptabilisée au moment de l'évaluation alertant ainsi l'infirmier chef de l'EM. L'unité est alors classée parmi les services prioritaires pour ce jour. Afin de prévenir une hausse de la charge de travail le jour suivant, un membre de l'équipe mobile sera directement programmé dans cette unité pour le lendemain.

Pour la direction de soins, cet outil constitue aussi un excellent moyen de surveillance. Il établit des données statistiques pour chaque unité sur le taux d'absentéisme ainsi que les motifs des absences.

Toutefois, au travers l'analyse des résultats de cette étude nous avons pu constater que l'outil d'évaluation comporte aussi des failles. De fait, les items d'évaluation qui sont repris dans cet instrument ne favorisent pas une estimation de la charge réelle, car il est très compliqué de quantifier le temps nécessaire pour réaliser certaines activités. Exemple : les sorties inopinées des patients demandent une grande organisation et il est difficile de quantifier le temps que les soignants consacrent à cela. Les entrées imprévues via les urgences qui sollicitent un travail administratif conséquent en plus des surveillances ne sont pas non plus quantifiables. Un

patient qui fait une détresse respiratoire exige beaucoup d'actes médicaux et infirmiers. La mobilisation de toute une équipe et parfois des membres du service de réanimation est indispensable pour pouvoir le stabiliser. Dans une telle situation, il est très compliqué de définir le temps de la prise en charge, car nombreux facteurs entrent en jeu comme l'âge ou les antécédents.

En outre, le manque de conformité est aussi une des faiblesses de l'outil, il permet de mieux appréhender l'activité de certaines unités (médecines), tandis que dans d'autres services c'est moins le cas (chirurgies). Cet instrument est également sensible à l'œil de l'évaluateur et le remplissage repose sur une part de subjectivité. Les soignants peuvent en effet, s'abstenir volontairement de quantifier avec précision les actes infirmiers qui sont à réaliser au sein de leur unité. Exemple, lorsqu'il y a trois toilettes complètes, pour être certain d'avoir l'aide nécessaire, celui ou celle qui a rempli l'outil dira qu'il y a huit toilettes complètes au lieu de trois, ce qui en fin de compte biaise l'évaluation.

Par ailleurs, au vu des entretiens réalisés à la **clinique Saint-Luc de Namur**, institution sans outil d'évaluation, leur méthode gestion de la CDT et d'affectation de l'EM comporte aussi des bénéfices. La proximité est l'atout majeur de cet établissement. Ainsi, lorsqu'une unité est surmenée par une surcharge de travail, les acteurs peuvent facilement remonter l'information à l'échelon supérieur pour leur faire part de leur difficulté. Ceci est favorisé grâce à la taille de la structure qui est nettement moins importante que celle de Bruxelles, et par le principe de la direction qui est de laisser la porte de leur bureau ouverte afin de casser les barrières qui pourraient empêcher les soignants de venir à leur rencontre. Cette méthode de gestion favorise la coopération entre les différents acteurs ainsi qu'une transmission rapide des informations. De plus, même si les réponses de la direction ne sont pas toujours adéquates, les prestataires des soins ont le sentiment d'être écoutés et parfois entendus.

Néanmoins, cette proximité constitue aussi l'une des faiblesses de cette structure. Pour effectuer une demande d'aide, les soignants peuvent s'adresser à plusieurs interlocuteurs qui sont susceptibles d'apporter une réponse à leur requête. Ce qui est une contrainte, car il y a beaucoup d'informations fragmentées, dispersées entre les membres et la direction qui se perdent régulièrement, générant des conflits évitables entre les acteurs. Au sein de cet établissement, la gestion de la charge de travail est aussi limitée par l'absence d'objectivité. La répartition des membres de l'équipe mobile est uniquement basée sur l'évaluation subjective des soignants qui ont tous une perception différente de la charge de travail. Ce qui est lourd pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre. Le manque d'impartialité dans le

processus d'évaluation crée un déséquilibre dans l'aide qui est octroyée aux services car les ressources ne seront pas affectées au bon endroit. Par ailleurs, le manque de formalisation est aussi une faiblesse que l'on peut imputer à cet hôpital. En dehors des absences inopinées, il y a peu de cadres et de protocoles qui régissent la gestion de la charge de travail, l'affectation de l'équipe mobile et les demandes d'aide. La conséquence de ceux-ci est que l'on octroi l'aide selon le principe premier arrivé, premier servi, ce qui n'est pas toujours pertinent car les premiers arrivés ne sont pas toujours ceux qui ont majoritairement besoin d'aide. Enfin de compte, ce principe est à l'origine de bon nombre de conflits entre la direction et les soignants. Certaines unités se sentent oubliées et ont le sentiment que l'aide est toujours octroyée aux mêmes services.

Ces expériences ont permis d'observer deux méthodes d'organisation de l'équipe mobile qui sont similaires à ceux décrites dans la partie théorique. La clinique Saint-Luc de Namur a opté pour une équipe mobile polyvalente. Les agents sont amenés à se rendre dans tous les services y compris les soins intensifs et les urgences. Comme il a été mentionné dans la théorie, ce type d'organisation « favorise un effet d'échelle, qui sous-entend une diminution du coût de production même si cette dernière augmente » (Gobert Micheline et AL 2009). Cependant, contrairement à ce qui a été évoqué dans la revue de la littérature, cette méthode d'organisation n'est pas génératrice de stress. On s'aperçoit que très vite les agents s'acclimatent avec cette polyvalence, de plus, ceci leur permet d'acquérir des compétences pour appréhender les situations urgentes.

Quant aux cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles, ils ont divisé l'équipe mobile de jour en deux groupes. Le premier groupe est formé uniquement d'infirmiers qui assurent des remplacements dans leur spécialité. Le second groupe est composé d'infirmiers et d'aides-soignants qui sont polyvalents. Aucun membre des deux équipes n'est amené à se rendre dans les unités de soins intensifs et urgences. Ce type d'organisation s'apparente à la subdivision par spécialité décrite dans le cadre théorique. Cette structure a agencé l'EM de la sorte car le nombre d'agent qui y travaille est important. De plus, l'institution à une taille conséquente avec plusieurs spécialités. En outre, au sein des deux établissements, les critères d'affectation des agents sont similaires et conformes à ce qui est décrit dans la revue de la littérature.

Cette étude a également rendu possible de recueillir la perception des soignants par rapport aux origines de la croissance de la CDT. Au sein des deux établissements, les causes qui ont été énumérées par les prestataires de soins sont le manque de personnel et la polypathologie des patients. Ceux-ci correspondent à ce qui a été développé dans la partie théorique de ce

travail. En effet, la pénurie d'infirmier causée d'une part par le manque d'attractivité aux études infirmières et d'autre part par un turn-over important, constitue une source qui tend à augmenter la CDT (Madeleine E.B et al 2010), car les soignants sont souvent amenés à exercer en sous-effectif. Il existe une corrélation croissante entre les facteurs de comorbidité et la hausse de la CDT parce que les patients qui y sont sujet requièrent des hospitalisations fréquentes à cause de complications potentielles et de ce fait nécessitent un encadrement lourd, une prise en charge personnalisée et un suivi continu sur le long terme parfois toute la vie (Dominique Paulus et al 2012).

En somme, la littérature stipule que l'implémentation d'un outil d'évaluation de la charge de travail est plus utile dans les hôpitaux qui ont une taille importante et une équipe mobile conséquente en nombre (Gobert Micheline et AL 2009). Au regard des analyses, je me permets de nuancer cette affirmation. L'élaboration d'un système de mesure pourrait aussi être utile aux institutions de petite taille avec une EM moins conséquente. En effet, cette échelle, malgré ces insuffisances, permet de fluidifier la communication en centralisant toutes les demandes d'aide chez un seul acteur, ainsi l'information ne sera plus fragmentée ou perdue. Cet outil, apporte aussi de l'équité, de la clarté et de la transparence dans le processus d'affectation des agents mobiles, ce qui permet d'éviter des conflits potentiels et le sentiment d'iniquité. Par ailleurs, la formalisation fait partie des atouts de l'instrument, car il a permis de protocoliser et d'encadrer la gestion de la charge de travail, au sein des cliniques universitaires. Enfin, grâce à ce système d'évaluation, on peut établir un ordre de priorité entre les unités, pour allouer les ressources dans les services où la CDT est plus importante.

1. Critiques et Limites :

Malgré la volonté d'objectivité, qui anime le chercheur, ce travail comporte quelques limites qu'il est essentiel de souligner. Par ailleurs, les résultats qui sont obtenus ne sont valables que pour l'échantillon qui a pris part à cette étude.

Au regard des moyens et du temps limité, cette recherche n'a pu être complètement approfondie, ce qui fait que ces résultats ne peuvent être généralisés. En effet, la taille de l'échantillon, étant petite, ne favorise pas la validation des résultats à une échelle supérieure à notre rayon d'action. Cette étude n'a pas permis d'exploiter la question de recherche sous tous les angles, car elle se limite uniquement à la région francophone de notre pays, seul deux

institutions hospitalières ont été choisies, or la Wallonie en compte un nombre assez important. De plus, au sein des établissements choisis, le nombre d'acteurs interviewés se limite à 10, ce qui est insuffisant car les deux structures comptabilisent un nombre important de soignants. Par conséquent, les résultats ne reflètent qu'une infime partie des deux hôpitaux.

L'absence des cadres infirmiers parmi les acteurs interrogés constitue aussi une faiblesse de cette étude. Avoir leur perception aurait davantage alimenté ce travail, parce qu'en matière de gestion de la charge de travail, ce sont eux qui prennent toutes les décisions majeures lorsque les situations sont complexes. Ce déficit a été un obstacle pour explorer toutes les sphères concernées par cette problématique.

La différence de taille entre les deux établissements est aussi une limite qui peut biaiser les résultats de cette recherche. Les résultats auraient été encore plus pertinents si la taille des hôpitaux était similaire, car l'organisation d'une grosse structure est différente de celle d'une petite. En effet, pour faciliter la gestion et l'encadrement du personnel, il convient d'avoir plus de règles formelles dans un grand établissement. Tandis que, dans un petit hôpital, bien que la formalisation soit importante, elle n'est pas forcément primordiale dans certain contexte, étant donné que le nombre des acteurs qui y travaillent n'est pas considérable.

Dans ce travail, les résultats ont également pu être erronés par l'interprétation du chercheur car ce dernier manque d'expérience dans la recherche qualitative. Par ailleurs, l'expérience professionnelle du chercheur est l'objet qui l'a motivé à travailler sur ce sujet, ce qui peut constituer aussi un frein, car il a déjà des idées préconçues en matière de gestion de la charge de travail. Cependant, cela peut être une plus-value car le chercheur s'est appuyé sur son vécu pour nuancer davantage l'interprétation des résultats. En outre, des erreurs liées à l'interaction entre le chercheur et les interviewés lors des entretiens peuvent également se produire. Involontairement, le chercheur a pu adopter une attitude ou avoir des réactions et des commentaires qui ont peut-être orienté la réponse des acteurs interrogés, ce qui peut en fin compte déprécier la valeur des résultats.

2. Conclusion de l'analyse comparative :

Au terme de l'analyse des résultats, il paraît clairement qu'un système de mesure de la CDT a une influence positive au sein d'un hôpital. Il permet en effet, d'objectiver et d'estimer l'intensité de travail de chaque unité de soins pour faciliter la répartition des agents de l'équipe mobile qui seront fixés dans les services où la CDT est très élevée. Afin d'améliorer la communication entre les acteurs, cet outil favorise la centralisation de toutes les demandes, ce qui limite les pertes d'informations. Par ailleurs, il permet de prioriser les demandes d'aide des services, mais aussi d'apporter de l'équité dans l'affectation des membres de l'équipe mobile.

Bien qu'il comporte nombreux avantages, cet instrument possède également des faiblesses. Les critères utilisés par cet outil ne favorisent pas une évaluation de la charge réelle. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude où les items d'évaluation de cet outil pourraient être comparés à ceux d'un autre outil standard qui a été validé, ce qui permettrait de réaliser une analyse plus approfondie et améliorer davantage la précision de cet instrument. En outre, l'échantillon de cette étude est trop petit, elle a été réalisée auprès de dix personnes au total, il est donc impossible de généraliser les résultats obtenus. Malgré tout, ils pourraient être améliorés avec une plus grande étude incluant plusieurs institutions et prestataires de soins de régions diverses. Ceci permettrait d'observer plusieurs méthodes de gestion de la charge de travail, d'avoir la perception d'un plus grand nombre d'acteurs et ainsi consolider la pertinence des résultats.

Enfin, durant les entretiens, une autre problématique pouvant faire l'objet d'une étude a émergé. Bien que cet instrument apporte une certaine objectivité dans l'affectation des agents mobiles, il y a une part de subjectivité qui fausse constamment l'évaluation de cette échelle. L'outil est très sensible à l'œil de celui qui le complète. Beaucoup de soignants ont rapporté le fait que l'évaluation peut être facilement falsifiée volontairement par les prestataires en s'abstenant de quantifier avec précision les actes infirmiers.

Conclusion générale :

Ce travail a permis d'étudier l'apport d'un outil d'évaluation de la charge de travail au sein d'une institution hospitalière. Cette recherche a été motivée par mon expérience professionnelle. Etant infirmier, nous sommes constamment confrontés à une hausse de la CDT, qui est devenu un sujet de discussion central dans les unités de soins. Cette thématique m'a interpellée, car bon nombre d'institution gèrent la CDT sans au préalable procéder à une évaluation de celle-ci.

Après avoir exploré le sujet dans la littérature scientifique ainsi que dans les établissements hospitaliers, la question de recherche suivante a émergé : **Au sein d'un hôpital, comment un instrument de mesure influence-t-il la gestion de la charge de travail et l'affectation des membres de l'équipe mobile ?**

Le début de ce travail, présenté par le cadre théorique a permis d'énumérer une définition claire de la charge de travail et d'un système de mesure destiné à cet effet. Ensuite, nous avons développé les facteurs qui seraient à l'origine de l'accroissement de la CDT, ainsi que les répercussions que cette hausse pourrait avoir sur les soignants et leur activité. La suite du travail a aussi permis de décrire en quoi consiste une équipe mobile intra-hospitalière et les objectifs qui sont recherchés au travers d'une telle équipe. Nous avons clôturé cette partie en décrivant quelques outils d'évaluation de la CDT destinés à faciliter la répartition des agents mobiles.

En outre, pour répondre à la question de recherche citée ci-dessus et se rendre compte de l'effet réel d'un système de mesure de la charge de travail, dans la seconde partie de l'étude, nous avons réalisé une analyse comparative entre deux hôpitaux, dont un utilisant un outil d'évaluation de la CDT et l'autre pas. Comme méthode de recherche, une approche qualitative a été préférée. Les données ont été récoltées grâce à des entretiens individuels semi-directifs. Une grille de questionnaire a favorisé l'encadrement des entretiens. Cette partie a permis de mettre en exergue les apports d'un instrument de mesure de la CDT. En effet, au travers des entretiens, nous avons pu constater que cet instrument constitue un excellent moyen de communication, mais aussi de coordination et de gestion. Il apporte également une certaine impartialité dans l'affectation des agents mobiles entre les différentes unités de soins. Cette recherche a aussi mis en évidence les faiblesses de cette échelle. Nous avons pu nous

apercevoir que l'évaluation de l'outil est souvent faussée par la subjectivité de ceux qui le remplissent.

Par ailleurs, bien que nous ayons réalisé cette étude avec une grande objectivité, elle comporte certaines limites qui biaisent les résultats obtenus. De fait, la petite taille de notre échantillon et l'inexpérience du chercheur pouvant affecter l'interprétation des résultats, constituent des faiblesses qui nous empêchent de généraliser cette recherche.

Cette recherche fût une expérience très riche. Grâce aux recueils de la perception des prestataires de soins, elle nous a permis d'appréhender l'importance d'un outil de mesure de la charge de travail au sein d'un hôpital. Cependant, elle nous laisse le sentiment d'un travail inachevé. Au travers des entretiens, un autre aspect de la problématique, que nous aurions souhaité aborder, nous a interpellé. Cet outil ne favorise pas une évaluation de la charge de travail réel.

Alors quel type d'outils pourrait être penser pour diminuer le biais de subjectivité et ainsi augmenter la validité de l'évaluation ? Comment peut on favoriser une objectivité maximale afin d'appréhender le plus fidèlement la CDT, tout en omettant pas que l'on travaille avec de l'humain et que la subjectivité ne peut être totalement annihiler par un outil d'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

Anita Clemens-Carpiaux 2015. La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France., Recherche en soins infirmiers 2005/2 (N° 81), p. 6-20. Disponible sur le site web cairn info : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-6.htm> (Consulté le 25/09/2017).

Anne Sales 2015. Nurse staffing matters: now what? British Medical Journal P1-4. Disponible sur le site web du british medical : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004050>. (Consulté le 20/11/2017).

AUJOULAT I. Cours d'introduction aux méthodes qualitatives en santé publique : constituer un échantillon qualitatif. Bruxelles : Université catholique Louvain, école de santé publique, 2018, 18 p.

Carine Van de Voorde et al 2014. Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) rapport 229Bs, P1-78. Disponible sur le site web du KCE : <https://kce.fgov.be/fr/cadre-conceptuel-pour-la-reforme-du-financement-des-hopitaux> (Consulté 11/09/2017).

Carine van De Voorde et al 2017. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) rapport 289Bs P1-84. Disponible sur le site web du KCE : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/capacite-hospitaliere-necessaire-en-2025-et-criteres-de-la-maitrise-de-l-offre-po> (Consulté le 02/10/2015).

Clinique saint-luc Bouge Namur (2017). Notre institution. Disponible sur le site web : <http://www.slbo.be/>. (Consulté le 1/11/2017).

Commission Européenne 2003. Condition de travail : directive sur le temps de travail. Consulté sur le site : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=fr&intPageId=205> (consulté le 21/09/17).

Dominique Paulus et al 2012. Position paper : organisation des soins de santé pour les maladies chroniques en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) rapport 190Bs P1-70. Disponible sur le site web du KCE : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190B_organisation_soin_malades_chroniques_0.pdf (consulté le 11/11/2017).

Daloz, Lionel, Marie-Laure Balas, Hervé Bénony (2007) Sentiment de non reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative, Santé mentale au Québec, vol. 32, no2, 2007, p.83-96.

Dr Sofie Vandebroek, et al 2012. Rapport de synthèse une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. SPF santé publique et de l'emploi P1-71.

EROS 2010. La mesure de la charge en soins infirmier : de PRN 87 à PRN 6.0. Équipe de recherche opérationnelle en santé. Disponible sur le site web : <http://www.erosinfo.com>. (Consulté le 10/10/2015).

EROS 2015. Validité des systèmes de mesure des charges en soins. Équipe de recherche opérationnelle en santé. Disponible sur le site web : <http://www.erosinfo.com>. (Consulté le 10/10/2015).

Eurobaromètre 2010 : sécurité des patients et qualité des soins de santé. Eurobaromètre spécial rapport 327 P1-34.

FE.BI secteur personne âgée 2014. Equipe mobile : commission paritaire des établissements et des services de de santé. Convention collective de travail juin 2014. Disponible sur le site web : <https://www.fe-bi.org/fr/ouderenzorg/werk/equipe-mobile> (consulté le 05/10/17).

Fran Hadley, et AL 2004. Gestion des effectifs : évaluation de l'utilisation de la conformité et de l'efficacité des outils de mesures de la charge de travail du personnel infirmier. Canadian Nurses Association P1-104.

Gobert Micheline et AL 2009. Optimisation de la gestion des horaires et équipe mobile de remplacement immédiat. Projet financé par SPF santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement P267.

Hansez Isabelle et al 2010. Recherche sur le burnout au sein de la population active belge. SPF emploi, travail et concertation sociale P1-25.

Haute Autorité de la santé 2012. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Disponible sur le site web : <https://www.has-sante.fr/portail/>. (Consulté le 21/09/17).

Jane E Ball, et al 2012. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. British Medical Journal *P1-11*.

Les cliniques universitaires Saint-Luc, un hôpital pour la vie (2017). Disponible sur le site web : <https://www.saintluc.be/institution/documents/rapport/2015/plaquette2015.pdf>. (Consulté le 10/11/17).

Louis Patry, et AL (2014). Santé mentale et travail. Disponible sur le site web de l'université de Montréal : http://www.dsest.umontreal.ca/documents/DESMED_MTR8006_20141024.pdf (consulté 11/09/17).

Marco Previsdomini et al 2012. High accuracy of the nine equivalents of nursing manpower use score assessed by critical care nurses. Swiss Medical Weekly, P 1-7.

Madeleine E.B et al (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers (N°103), P 29-45.

Disponible sur le site web Cairn Info : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-4-page-29.htm>. (Consulté le 12/11/2017).

Maria-Isabelle Farfan-Portet et al 2015. Santé Hospitalisation à domicile : orientation pour un modèle Belge. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) rapport 250Bs P1-33. Disponible sur le site web KCE : <https://kce.fgov.be/fr/l'hospitalisation-à-domicile-orientations-pour-un-modèle-belge>. (Consulté le 13/09/2017).

Marie-Anne G (2006). Apprendre au chevet du malade. Caractéristiques et enjeux de la formation en situation de travail, de l'infirmière en hémodialyse. Recherche en soins infirmiers (N°86), P 116-129. Disponible sur le site web Cairn Info : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-3-page-116.htm>. (Consulté le 10/10/2017).

M. Jourdan & J. Theureau 2002. Charge mentale : notion floue et vrai problème. Toulouse, France. Octares Éditions.

Nanda International AFEDI et AQCSI « Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008 Masson 2008, 388 p.

Organisation Mondiale de la Santé (septembre 2015). Vieillesse et santé. Disponible sur le site web de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>. (Consulté le 12/09/17).

Organisation Mondiale de la Santé, (2017). Maladie non transmissible. Disponible sur le site web de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>. (Consulté le 11/09/17).

Perren A et AL 2014. Swiss scoring, a nation wide survey of NEMS assessing practices and its accuracy. ACT anaesthesiologica scandinavica, P 1-13.

Peter Griffiths, et al (mai 2016). Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. British Medical Journal *P1-9*. Disponible sur le site web British Medical Journal : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008751>. (Consulté le 12/12/2017).

Philippe Goulois juillet 2011. Travail prescrit et travail réel. Disponible sur le site web de Philippe Goulois conseil en management de la santé et sécurité, ergonomiste : <http://philippe.goulois.free.fr/spip.php?article91&lang=fr>. (Consulté le 13/09/17).

Sandra P.L.R (2015). L'utilisation des services de santé chez les personnes âgées : association avec la maladie chronique et l'incapacité. Mémoire présenté à l'école de santé publique, Université de Montréal.

Sandrine Cazabat et al 2008. Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé P1-20.

Tilquin Charles et al. La mesure du niveau de soins requis. Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) P1-64. Disponible sur le site : <http://www.erosinfo.com>. (Consulté le 21/11/2017).

Tilquin Charles et al. L'intégration de la planification des soins et de la mesure de la charge de travail au service des démarches scientifiques du soignant et du gestionnaire : méthode PRN. Équipe de recherche opérationnelle en santé. Disponible sur le site : <http://www.erosinfo.com>. (Consulté le 21/11/2017).

SAULNIER F & BION J. Management en réanimation : Evaluation, organisation et éthique. Paris : Editions scientifiques et médicale Elsevier, 2000, pp. 64-78.

Violaine Herbaux et Simeon Ndaye 2015. L'art infirmier profession en pleine mutation. Centre Jean Gol P1-28.

RESUME MEMOIRE :

Actuellement, la majorité des institutions hospitalières se préoccupent de la surcharge de travail des infirmiers qui est devenu monnaie courante. Pour mieux gérer cette charge de travail (CDT) des équipes mobiles (EM) intra-hospitalière ont été créées dans le but de soutenir les unités de soins. Afin de garantir la répartition et une bonne coordination des membres de cette équipe, certains établissements se sont dotés d'une échelle de mesure de la CDT.

Au travers de ce mémoire, une étude a été menée dont le but est de réaliser une analyse comparative entre deux hôpitaux, l'un qui possède un outil permettant de mesurer la charge de travail, et l'autre qui n'en dispose pas. La problématique est par conséquent la suivante : **Au sein d'un hôpital, comment un instrument de mesure influence-t-il la gestion de la charge de travail et l'affectation des membres de l'équipe mobile ?**

Pour répondre à cette dernière, des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec dix acteurs de soins au total, dont cinq dans chaque institution. Les résultats de cette étude montrent clairement qu'un outil d'évaluation de la charge de travail comporte nombreux avantages. Il permet en effet, de cibler les services qui ont une CDT élevée, d'établir un ordre de priorité entre les différentes unités et d'affecter les membres de l'EM avec équité, clarté et transparence. Par ailleurs, malgré la volonté d'objectivité du chercheur, les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés au vu de la petite taille de l'échantillon.

Enfin cette recherche fût une expérience très riche, car elle a permis de mettre en lumière l'importance d'un outil de mesure de la charge de travail au sein d'un hôpital. Suite à cela, d'autres questionnement sont apparues comme : comment améliorer l'évaluation de cet instrument afin de minimiser le biais de subjectivité ?

Mots clés :

- Charge de travail
- Équipe mobile intra-hospitalier
- Outil de mesure de la charge de travail

