

VIII. ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien utilisé lors de la phase exploratoire

GUIDE D'ENTRETIEN

Mon travail de recherche porte sur la charge de travail perçue des infirmiers, exerçant à l'hôpital. Je souhaiterais mettre en évidence des éléments objectifs qui pèsent sur cette charge de travail.

Pour cela, je réalise différents entretiens avec le personnel de terrain.

L'entretien sera anonymisé afin de pouvoir être retranscrit et utilisé comme base d'analyse.

1. Commençons par une présentation :

- Pouvez-vous décrire rapidement votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps exercez-vous comme infirmier(ère) ?
- Quel est votre temps de travail ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de votre unité, et de votre hôpital ?
- Pouvez-vous me décrire une journée type de travail au sein de votre service, en termes de tâches et de responsabilités ?

2. Quand on évoque la notion de « charge de travail », qu'est-ce que cela vous évoque ?

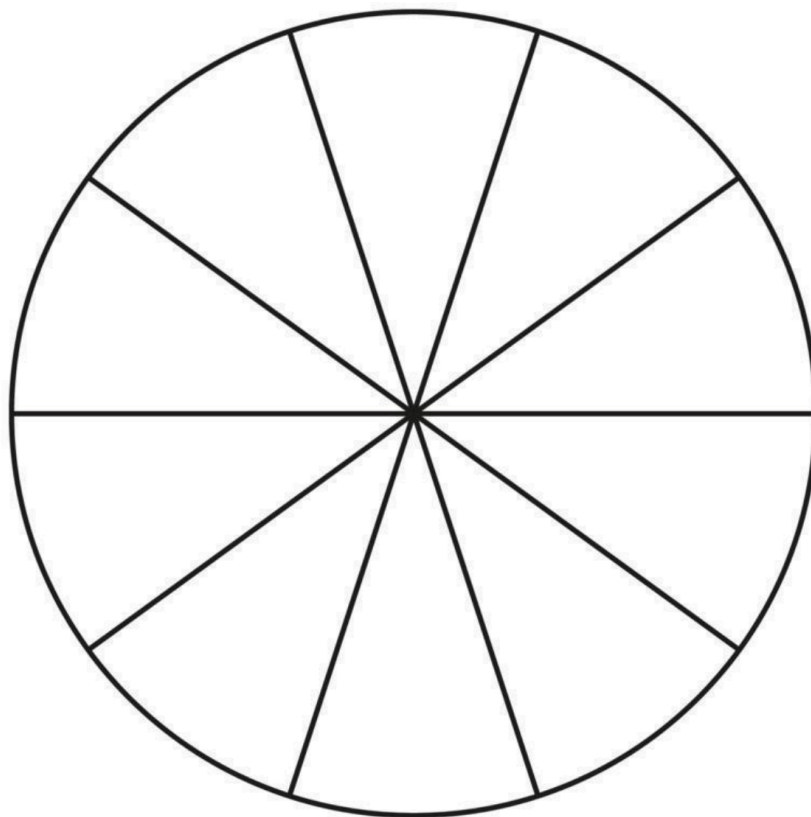
- Comment percevez-vous votre charge de travail actuelle ? Pourquoi la percevez-vous comme cela ?
- Y a-t-il une évolution dans votre charge de travail depuis que vous exercez ? A quel niveau ? Qu'est-ce qui explique cette évolution ?
- Dans la théorie, les soins au patient sont distingués en soins directs et indirects. Quel type d'activité mettez-vous derrière chaque notion ?
- Si vous deviez « découper » vos tâches en différentes catégories, quelles seraient-elles, et quel pourcentage en termes de temps accordez-vous à chacune ? Par exemple, un étudiant pourrait diviser sa journée comme suit : assister aux cours

70%, moments récréatifs/repas 15%, échanges avec les autres étudiants, en lien avec les cours 5%, préparation des cours/étude 10% (exemple totalement fictif)

3. Si je précise « charge de travail perçue », comment la différenciez-vous de la charge de travail ?
4. Imaginons une journée de travail « standard », avec un niveau d'activité « normal ».
 - Quels aspects pourraient influencer la perception de votre charge de travail ?
 - Disposez-vous des ressources nécessaires pour effectuer les différentes tâches ?
 - Quelles ressources pourraient être ajoutées ou améliorées ?
 - Quelles sont les ressources dont vous disposez pour faciliter la réalisation de vos tâches ?
5. Repensez à votre dernière journée de travail où vous étiez particulièrement épuisée ou sous tension à la fin de votre service.
 - Quels sont les éléments qui ont influencé la charge de travail ressentie ? Comment l'ont-ils influencée ?
 - Si vous deviez classer ces éléments, quels sont les 2 plus importants pour vous, et pourquoi ?
6. Quel est votre niveau de qualité de vie au travail actuellement ?
 - Comment la charge de travail perçue influence votre qualité de vie au travail ?
 - Quel est l'impact sur votre satisfaction au travail ?
 - Y a-t-il un impact sur votre vie personnelle ? Si oui, lequel et pourquoi ?
7. Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé concernant la charge de travail perçue ?

Annexe 2

Diagramme en camembert utilisé lors des entretiens exploratoires



Annexe 3

Guide d'entretien utilisé lors de la phase de consolidation

GUIDE D'ENTRETIEN 2

Mon travail de recherche porte sur la charge de travail perçue des infirmiers, exerçant à l'hôpital. Je souhaiterais mettre en évidence des éléments objectivables qui pèsent sur cette charge de travail.

Pour cela, je réalise différents entretiens avec le personnel de terrain.

L'entretien sera anonymisé afin de pouvoir être retranscrit et utilisé comme base d'analyse.

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement, en précisant votre expérience comme infirmière et votre expérience au sein de votre service actuel.
2. Qu'est-ce que la notion de charge de travail perçue vous évoque-t-elle, selon votre perception du travail ?
 - a. Quels sont les éléments qui influencent le ressenti de votre charge de travail ?
 - b. Lorsque vous considérez que votre charge de travail est élevée, quels sont les éléments qui alourdissent votre ressenti ?
3. De quelles ressources disposez-vous pour limiter/atténuer votre sentiment de surcharge ?
4. Avez-vous des remarques/questions sur cet entretien ? Souhaitez-vous rajouter un point que nous n'aurions pas abordé ?

Annexe 4

Retranscription Entretien n°1

Interviewer (I) : Bonjour ! Voilà le plan de l'entretien. En gros, je réalise des entretiens pour mon mémoire qui porte sur la charge de travail perçue des infirmiers qui exercent à l'hôpital. Je souhaiterais mettre en évidence des éléments objectivables qui vont peser sur cette charge de travail. Pour ça je vais faire des entretiens avec du personnel de terrain, et de viser différents styles d'unités de soins, mais principalement chez les adultes. L'entretien sera anonymisé, retranscrit et utilisé comme base d'analyse.

I : Pour commencer, pourrais-tu te présenter ? Peux-tu me décrire rapidement ton parcours professionnel ?

Répondant (R) : J'ai commencé à travailler en 1994 à la sortie de mes études mais j'ai demandé un contrat de 3 mois pour pouvoir partir ensuite à l'étranger, je suis partie 3 mois en Amérique du Sud. Quand j'ai signé mon départ le 31 octobre j'ai demandé à être réengagée en février et j'ai été tout de suite réengagée. Donc quand je suis rentrée de vacances j'ai tout de suite recommencé. Là j'ai été en chirurgie, il n'y avait pas de place en orthopédie donc j'ai été 2-3 jours en cardiaque, puis j'ai été en chirurgie orthopédique et plastique et puis j'ai été affectée dans l'unité X (unité de soins) où j'ai été affectée pendant 10 ans où j'ai fait des nuits, pas longtemps à temps plein, $\frac{3}{4}$ temps, puis j'en ai eu assez, j'avais mal au dos et j'ai été postuler au XX (chirurgie de jour), où j'ai été en septembre 2004, qui est devenu XX (nouveau nom de l'unité de chirurgie de jour) en décembre 2005. Puis j'ai quitté en août 2017 pour aller créer la consultation d'infirmière EPI (Évaluation Pré Interventionnelle, consultation avant une anesthésie) jusqu'en fin mai 2021, et là j'ai réintégré XX (chirurgie de jour) à 80%.

I : Ça fait donc un peu moins de 20 ans que tu es dans la même unité

R : Ça fait presque 20 ans !

I : Est-ce que tu sais me décrire une journée type au sein du service, en termes de tâches et de responsabilité ?

R : ça dépend si je fais le matin ou l'après-midi. Le matin il faut prendre en charge les patients pour les préparer et vérifier une check-list pré opératoire pour leur permettre d'accéder au bloc opératoire. Il y a des anamnèses à faire, les préparer, administrer parfois un petit médicament, gérer l'anxiété du patient, gérer l'anxiété de la famille, veiller à la sécurité, et puis soit assurer la continuité du programme opératoire en les préparant soit de basculer dans une autre tâche à savoir le post opératoire ou donc on réceptionne après la salle de réveil ou après la salle d'op les patients, jusqu'à la sortie vers le retour vers le domicile, ou éventuellement une institution. Donc on veille à leur sécurité, leur confort post-opératoire et on administre les traitements si nécessaire et on les réalimente et on les prépare à la sortie avec les informations pour se prendre en charge à la maison. Et tout ça avant 19 h.

I : Tu penses à d'autres types de tâches ?

R : Bah il faut veiller à ce que tous les éléments imprévus soient gérés type les personnes pas à jeun, les changements d'ordre au programme, les patients annulés, les patients qui arrivent en retard, la gestion du matériel, déléguer auprès des aides logistiques aux aides-soignantes pour tout ce qui est défectueux, remise en état, assurer le roulement au sein des chambres puisque il y a que 16 lits et qu'il y a plus de patients que ça par jour et que donc le lit doit être, être occupé 2 ou 3 fois, 4 fois et donc il faut que tout ça roule, que ce soit en ordre nettoyé prêt pour le patient suivant. ... Je réfléchis hein... Ben le rappel des médecins, le suivi des médecins, être sûr que, prendre en charge leurs prescriptions. Veiller à ce que les patients aient une sortie correcte, qu'ils aient les documents en ordre : leur certificat, ... Leur rendez-vous et les informations par rapport à leur pathologie. Veiller à ce qu'il y ait un retour en sécurité. Par rapport au programme opératoire on ne fait plus rien maintenant donc... L'après-midi les changements, les imprévus du lendemain doivent déjà être anticipés et gérés ça aussi c'est quelque chose qui nous incombe l'après-midi. Euh bon voilà en l'absence de chef, ben y a plus ! Là il faut voir qu'on est suffisamment nombreux par rapport à la charge de travail annoncée. Il y a parfois des changements d'horaires qui doivent se faire et c'est toujours selon la charge voir s'il y a assez d'aide logistique ou pas ? Est-ce qu'il en faut une ou est-ce qu'il en faut 2 ? Est-ce qu'il faut demander un intérim en plus ? S'adapter à aux imprévus hein aussi

I : et tout ça tu estimes que c'est de la responsabilité des infirmières ?

R : Quand il n'y a pas de chef, oui hein !

I : Mais quand il y a une chef ? Elle est sensée s'en occuper ?

R : On peut pas s'empêcher de regarder et de dire : « tiens est-ce que t'as... ? » mais voilà je sors de 3 ans de O. (ancienne infirmière-chef (IC)). Style encore bah voilà demain l'aide-logistique est toute seule et y a 38 patients c'est pas possible pour elle de gérer et c'est elle qui a dit : « tiens, au fond est-ce qu'il y a quelqu'un pour moi demain ? » Ah Ben non tiens ! Oups, vite... Voilà ça c'est inhérent à l'IC, qui était un peu dispersée pour tout ça elle s'emmêlait les pinceaux... Parfois t'avais 2AEL (assistante en logistique) alors qu'il y avait 18 patients donc c'est ... Voilà on passe à une autre ère j'espère de plus de rigueur et alors on n'aura pas à regarder ça mais là c'est vrai qu'on regarde ouais. Tu vois encore pour demain, moi j'ai vu qu'il y avait un truc ponction de moelle chez nous ça va pas ! C'est un enfant à Dr M. ok donc salle d'op ok, (nom du service), IRM maxillo-faciale, ok ça peut être chez nous mais il y a une ponction de moelle, c'est pas chez nous ça ça donc typiquement c'est un patient de l'hôpital de jour pédiatrique donc eux l'attendent nous on l'attend mais non c'est là-bas qu'il doit être hein

I : Mais est-ce que donc c'est plutôt une responsabilité que vous prenez mais que vous ne devriez pas prendre ?

R : Tout à fait !

I : Si on parle des responsabilités de l'infirmière qui est attitré aux soins, est-ce qu'il y a différentes tâches qui sont, selon toi, plus de ta responsabilité typiquement infirmière ?

R : Oui, la prise en charge du dossier du patient quand il revient de salle d'op, la prise en charge d'abord dans TPI (trajet patient informatisé) des informations liées à son anesthésie et à

sa chirurgie, et ses antécédents, et son traitement. Enfin voilà, l'anamnèse patient quoi. Et puis en fonction de toutes ces informations recueillies, allez voir le patient, faire son suivi post op, avec sa réalimentation, la gestion de sa douleur de ses éventuelles nausées vomissements de ses vertiges, et donc avec une administration médicamenteuse selon les ordres. Si pas d'ordres, aller rechercher ses ordres auprès des médecins. Assurer son lever. Assurer le passage du médecin, veiller à ce qu'il se passe, quand même hein ! C'est quand même une grosse partie de notre travail ça ! Courir après !

Ensuite, je délègue à l'aide-soignante, quand tu en as une, une partie de mes actes parfois quand j'ai beaucoup. Alors là oui je délègue des levers ou donner une bouteille d'eau, selon l'évolution (du patient) et selon la disponibilité de l'aide-soignante.

Voilà ! Autre responsabilité quand R (aide administrative) apporte le programme opératoire s'assurer qu'il n'y a pas des anomalies, des soucis pour le lendemain, donc je gère ce programme l'après-midi. Je fais beaucoup d'après-midi moi donc bah... *La pharmacie aussi, on a des « X » (distributeurs sécurisés de médicaments) là, elles sont assez efficaces quand même, je trouve dans l'ensemble. Mais quelqu'un a perdu la clé donc c'est compliqué de gérer ça maintenant puisque, parfois le médicament reste coincé donc double facturation parce qu'évidemment la spirale que tu veux qu'elle se remette en route ne se remet pas en route et c'est celle d'à côté donc ton médicament va se coincer, et l'autre il tombe, donc tu vas avoir un problème de facturation.* Voilà ! Euh donc par rapport à faire un feedback vis-à-vis de la pharmacie de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas, donc faire le suivi de ces spirales qui restent bloquées, de quel médicament donc on a une petite liste à remplir... On note tous les dysfonctionnements : les libérations tardives, on note les changements d'ordre qu'il y a eu et qui impactent la sortie du patient puisque du coup il y a des patients qui n'auront pas le temps nécessaire pour leur sortie et qui vont donc rester et faire leur sortie du réveil ce qui est beaucoup moins bien pour le patient, et puis il y a des patients qui partent un peu trop tôt... Voilà !

I : après avoir décrit tout ça, maintenant je voudrais qu'on évoque la notion de charge de travail : qu'est-ce que ça t'évoque ?

R : Eh bien à X (chirurgie de jour) la charge de travail elle n'est absolument pas stable, elle est vraiment liée à la lourdeur, ou pas, enfin elle est liée au programme opératoire de X (unité de soins), donc à la planification des séjours hospitaliers et à la disposition des médecins donc ça selon leur disponibilité voilà. Donc on ne peut jamais prévoir quelle charge de travail on aura le lendemain pour sa journée. Ou même quand on arrive on ne sait pas quelle charge de travail on aura, il faudra s'adapter à au nombre de patients qui seront présents et donc et surtout à quel poste je me situe dans la chaîne du patient. Voilà, donc selon les cas de chirurgie ma charge de travail peut être importante. Si c'est par rapport au post op, ben j'ai un suivi assez intense pendant une période de la journée, un laps de temps déterminé et puis après ça s'allège. Mais si je dois basculer en post op je retombe dans une activité plus importante avec une plus grosse charge de travail, où parfois je me sens dépassée parce qu'il y a un afflux important de la salle de réveil, et parfois de la salle d'op en même temps, et donc je ne suis pas maître de ça. Je dois accepter ce qui arrive et gérer au mieux et selon la disponibilité des uns et des autres et du personnel présent et donc il y a des jours où ça se passe très très bien, des jours où même je m'ennuie, comme aujourd'hui, et puis d'autres jours

où je suis... où je cours après le temps pour prendre en charge correctement. Voilà, mais c'est pas toute la journée c'est vraiment par période, voilà.

I : Dans la théorie, on décrit les soins aux patients comme étant des soins directs et alors ils décrivent aussi des soins indirects. Qu'est-ce que tu mettrais comme type d'activité, selon toi, derrière les soins directs et derrière les soins indirects ?

R : Bon bah directs c'est directement ce que je fais avec lui : de de lui apporter à boire, de prendre ses paramètres, de lui donner à manger, le lever, voilà de lui expliquer son traitement la prise en charge de sa douleur. Indirecte : appeler le médecin pour qu'il vienne le voir.

Indirect ? Qu'est-ce que je fais de façon indirecte ? Oui ! Veiller à appeler la famille, veiller à ce appeler la famille pour qu'il vienne le chercher, euh... Oui quand je dois demander d'aller chercher les affaires c'est indirect ce n'est pas moi qui le fais, mais je le dis quand même à l'aide-logistique d'aller chercher ses affaires. Indirect : je dis au médecin s'il me pose des questions ou je fais un feedback de comment ça s'est passé. Du coup, il peut aller voir son patient en ayant plus d'infos, en faisant la passation des infos au moment des rapports avec les collègues, c'est indirect. Qu'est-ce que je fais d'autre ? La prise en charge du dossier c'est quand même pour le soigner hein... C'est con hein mais qu'il y ait assez à manger dans le distributeur ! hein parfois on prie pour qu'il y ait à manger c'est vrai hein ?! Voilà...

Maintenant pour les enfants je dirais que les parents soient mêlés aux soins, les intégrer dans les soins. Essayer qu'ils passent une meilleure journée possible, la plus sereine possible, les divertir, les emmener dans la salle de jeux... Tout ça c'est direct ! Voilà ! Allumer la télé oui très important !

I : Si tu devais découper les tâches, toutes les tâches que tu as dont tu as parlé, si tu devais les découper en différentes catégories comment est-ce que toi tu les classifierais ? Donc moi j'ai parlé des soins directs et indirects ça c'est ce qu'on trouve dans la littérature mais comment est-ce que toi tu classifierais tes différentes tâches ?

R : Il y a d'abord la prise en charge préalable avant de voir le patient donc il y a tout ce qui est collecte de données avant d'aller le chercher ou de le réceptionner en post op. Faut voir le pré-op et le post-op. Donc tout ce qui est pré-op c'est déjà enfin moi en tout cas, je vais voir l'EPI. Je ne vais pas chercher un patient sans voir l'EPI, euh et j'ai une photographie, un petit cliché comme ça qui s'imprime pour savoir à qui j'ai affaire. Donc ça c'est plus collecte des données que j'approfondis avec l'anamnèse, notamment avec leur traitement médicamenteux et leurs allergies vérifier voilà. *Puis il y a tout le côté relationnel et de la psychologie de la personne qui va se faire opérer, où t'as toute la gestion des émotions, qui est quand même importante je sais pas mal de gens surtout « onco ».* Port-à-cath et tout ça c'est quand même pas toujours évident, les parents des enfants qui sont assez, qui peuvent être assez, ... *Ca peut prendre du temps hein, donc la gestion des accompagnants, aussi.* Les crises émotionnelles des patients c'est aussi... Ça prend du, enfin c'est aussi quelque chose qu'il faut ... C'est dans les tâches. Ben, la gestion de leurs effets personnels de leurs biens ça fait partie de mes tâches. Les installer dans les conditions optimales dans le bloc opératoire, euh voilà ça c'est tout pour ce qui est du pré-op et que, et qu'il soit prêt dans les temps pour la salle d'op. Qu'il y ait un suivi de l'information avec le personnel de la salle quand il y a des anomalies, des choses à signaler et tout ça, ça fait partie de mes tâches. Et que tout ça soit retranscrit dans le dossier de façon la

plus réelle, enfin comment dire ? Fiable et conforme, ce qui est extrêmement compliqué avec X (nom du programme informatique du dossier patient), c'est vrai hein ?! C'est compliqué parce que, en post-op toutes tes perfs elles sont arrêtées, tu n'es plus censée avoir de perf hein ! Dans le X (idem) souvent il y a plus de perf alors que t'as une perf ! J'ai des soucis par rapport à ça ! Encore aujourd'hui cette dame là avec son pansement, il n'y avait pas de protocole opératoire, il n'y avait pas de plaie sur l'avatar et j'ai donc indiqué dans un dossier que je dois mettre de la glace sur une plaie qui n'existe pas. Il n'y a rien, voilà ! Ça c'est des petites astuces plus qui sont des freins à ce que ça roule... Donc voilà donc dans mes tâches il y a veiller à réparer les manquements d'X (idem) ! Voilà donc tout ce qui est mal rempli dans X (idem). C'est pas X (idem) qui est peut-être déficient c'est les utilisateurs. Voilà en amont ! Je dépends de ce qui est fait en amont et en aval. Tu vois ? Si la secrétaire n'encode pas bien, je sais pas le prendre en charge. Ce que je vais faire ça a une répercussion en aval pour la salle d'op : si j'ai pas bien surveillé le jeûne, il peut y avoir des « bins ». Et quand je réceptionne le patient je dois refaire une collecte des données, même si je l'ai déjà connu en pré-op, je dois recommencer ma collecte des données, la prise en charge, la prise des paramètres, son hydratation, son alimentation, sa mobilité, sa fonction urinaire et quand tout ça est fait, ses médicaments, le passage du médecin oui tout ça c'est des tâches. Voilà, surveillance, explication, administration, surtout collecte des données.

I : Tout ça, c'est fort lié aux patients. Tu as insisté sur le dossier informatisé donc on pourrait faire une catégorie informatique ou gestion de dossier ?

R : Oui

I : Et est-ce que tu penses encore à autre chose ?

R : Par rapport au patient ?

I : Pas spécialement. Dans tes tâches ?

R : Je dois remettre le service en ordre le soir comme maintenant tu vois ? *J'ai dû remettre le service en ordre, j'ai dû nettoyer les PC*

I : *Et du coup pour toi c'est quel type de...*

R : *(qui me coupe) C'est pas à moi de le faire mais je l'ai fait voilà ! De la logistique ... ouais. J'ai nettoyé mes cold packs, je fais la logistique.*

I : Maintenant qu'on a un peu « découpé », donc il y a les soins aux patients il y a la logistique il y a la gestion dossier, bon chez nous c'est informatisé. Moi ce que je voudrais te demander de faire c'est, sur mon camembert, mettre en pourcentage. Le camembert c'est 100%, chaque partie c'est 10%. On a dit la logistique, on a parlé des soins aux patients, alors ça c'est à toi de me dire si tu veux séparer la prise en charge de la famille ou si on met tout si tu mets tout dans une seule catégorie, et de répartir en pourcentage le temps que tu consacres à chaque catégorie. Tu peux prendre un peu de temps pour réfléchir.

R : Tu vois ça dépend si je fais matin ou soir hein. Tu vois, sortir les lits ramener les lits devant le matin machin tu vois quand y a pas d'AEL (aide-logistique), qu'il faut mettre installer les gens-là dans la salle de bal et qu'elle est vide et qu'il faut remplir tu vois c'est du brancardage.

I : C'est de la logistique hein, mais que tu aurais peut-être autrement en faisant un autre un autre type d'horaire donc ici on va dire que c'est une grosse moyenne, quoi.

R : ouais parce que t'as le « lounge » (espace post-opératoire pour interventions sous anesthésie locale) aussi quand tu fais le lounge, tu passes ta vie à frotter les fauteuils et les lits et tourner en rond hein ! Que je te le déplace et que je le redéplace donc voilà... Je sais pas sur ma journée qu'est-ce que j'ai fait comme logistique ça dépend des jours... Mon Dieu ! Et alors m'occuper du patient... Les familles c'est quand même un truc hein, d'aller expliquer d'aller les chercher...

I : Si tu veux scinder on peut scinder hein ! Donc je te mets des couleurs...

R : Attends, hein. Je commence par la ... Je vais réfléchir hein mais quand je fais ça ?!

Logistique. Je vais dire 10% de logistique on va dire ça mais je suis pas sûr que c'est pas plus hein...

R : Je sais pas...

I : C'est juste pour avoir une indication hein tu peux utiliser autrement (les repères de 10% sur le camembert). Si tu as envie de dire 5% on coupe en 2...

R : Bon et alors quoi ? Les patients aujourd'hui... Allez je vais pas penser aujourd'hui c'est nul ! D'une autre couleur ?

I : Si tu veux !

R : Donc, donc, prise en charge du dossier : les anamnèses, les soins post op tout ça quoi ?

I : C'est comme tu veux ! C'est toi qui vois comment tu établis les catégories.

R : Gérer les problèmes médicaux c'est quand même pas mal hein ! Moi je trouve c'est quand même longtemps dans ma journée où je dois les appeler, les chercher, les interpellier que ce soit en pré ou en post, c'est quand même un truc qui n'est pas rien dans la journée hein. Donc c'est gérer le médical je vais dire. Ça te parle ça ?

I : Oui oui

R : J'ai envie de dire que c'est donc « gérer » le médical (elle écrit sur la feuille se première catégorie) et pour l'instant je ferais bien 3 camemberts (3 triangles) mais je vais me donner 2 pour l'instant je vais voir. Bon alors m'occuper du patient ? Là-dedans gérer les collègues ça fait partie ?

I : On peut faire une catégorie en plus ou tu peux la mettre avec gérer le médical...

R : C'est quand même pas mal ça... Et alors la logistique 10% c'est quand même pas mal ça, mais bon... Qu'est-ce que j'ai d'autre ? Le patient !

I : Le patient !

R : Le patient, alors le patient...

I : Avec ou sans ses accompagnants ça c'est toi qui décides si tu estimes qu'il faut les scinder ou pas.

R : Le patient voilà on va dire que... Qu'est-ce qui me reste. C'est déjà tout ça hein le patient. Voilà euh non allez, c'est seulement ça. Qu'est-ce qui me reste ?

I : On avait parlé du dossier maintenant si est-ce qu'on est-ce que tu as inclus le dossier dans avec le ...

R : avec le patient.

I : Gérer le médical, de la logistique, tout ce que tu disais sur la gestion du programme opératoire et gérer des inversions de cas, des choses comme ça, est-ce que pour toi c'est une autre catégorie ou est-ce que ça fait partie...

R : Non c'est encore autre chose.

I : je sais pas comment est-ce que tu veux la qualifier...

R : Euh les interactions avec les autres services, tu vois ? La logistique c'est même plus que 10% hein moi j'ai envie de dire que c'est beaucoup plus que ça en fait hein. Parce que on est tout le temps occupé de pallier à ça en fait. Pour moi c'est plus. La logistique moi je dis que c'est au moins ça (20% sur le camembert). Il y a plein de tâches que je devrais pas faire mais je fais quand même. Quand même et c'est presque autant que ça hein (elle montre les 20% attribués à la gestion du médical), ouais. Et le contexte famille c'est certainement ça de m'assurer chaque fois et, ... Enfin moi je fais beaucoup de soir hein, donc c'est pas pareil hein ! C'est quand même un truc les sorties, c'est quelque chose quand même hein ! Tout le temps il faut téléphoner, veiller... ouais famille. Donc je sais pas moi, oui, famille. Enfin, c'est lié au départ du patient hein. Je vais dire que ça c'est 10%. Oh j'ai je me suis trompée de couleur c'est pas grave 10%. Bon qu'est-ce qu'il reste ? Comme ça après je rebouge...

I : Tout ce qui est gestion des autres services tu disais...

R : Non mais je vais mettre ça dans logistique.

I : Tu le mets dans logistique ?

R : Ouais ouais ouais. Et dans logistique, t'as tous ces problèmes avec X (nom du programme informatique du dossier patient) aussi, où tu dois téléphoner pour gérer ton écran qui bug, ton machin, ... Mais non, on va mettre ça là-dedans hein ! C'est, ça reste du matériel hein... Oui c'est pour... Ça tourne autour de 20% ce machin-là, certainement ! Certainement ! Que je devrais pas gérer tout ça

I : Je vais juste rajouter (j'écris les différentes catégories sur la partie logistique sur le camembert) ce que tu mets derrière, donc il y a l'informatique, les autres services aussi.

R : Ouais ouais ouais. Les repas, tu vois les distributeurs là, les snacks.

I : On avait parlé de la pharmacie

R : Oui pharmacie, ça va ça c'est pas énorme.

I : On a fait le tour hein ? Les autres services ?

R : PSH. C'est pas vraiment logistique hein. C'est encore autre chose, tout ce qui tourne autour du patient. Attends ! Tu sais quoi ? Je rechange ! J'efface je vais mettre famille 5% alors. Voilà ! Et alors je réduis mon patient ? donc je réduis mon patient puisque ça c'est ça fait partie du patient ?

I : tu es libre de décider comment tu le fais, si pour toi gérer la famille c'est encore autre chose...

R : Ça reste là-dedans (elle place famille dans la rubrique patients). Voilà ! Mais ça j'augmente (la partie qu'elle intitule « logistique ») !

I : Ok

R : Parce que c'est vrai que ça me prend beaucoup de temps tout ça (elle montre la partie logistique) ... ça ! Ok 30 ! Avec ça (elle montre « gérer le médical »). C'est beaucoup de temps qu'on passe à ça, et qu'on ne devrait pas hein... Donc famille plus accompagnant.

I : Parfait, merci.

I : Est-ce que, selon toi tu disposes de toutes les ressources nécessaires pour gérer tout ça ?

R : non hein ! Tout est trop fragmenté. Donc j'ai pas accès, il faut chaque fois des autorisations, il faut que, ça doit passer par la chef. Informatique, je peux appeler mais ça va me prendre beaucoup de temps. Les distributeurs j'appelle mais s'il y a le « XX » (service de distribution du matériel) ou quoi ça c'est par la chef, la pharmacie il faut appeler, ... C'est tous des freins. *Tu vois j'ai encore dû aller chercher un Catapressan®*, si j'avais appelé je l'aurais eu plus vite. Là j'ai pas appelé, *je suis descendue (à la pharmacie), j'ai dû attendre, voilà. Parce qu'il n'y avait pas d'aide logistique donc c'est encore moi qui ai couru au -3. Mais euh, voilà. C'est pas faute d'avoir demandé qu'il y ai du Catapressan® dans la X (distributeur sécurisé des médicaments) hein, mais...* J'attends la suite ! Ça va aller ! Donc ça pourrait être solutionné, mais je pense que l'infirmière chef a trop de tâches pour régler tous ces problèmes. C'est vrai tu sais, *il y a beaucoup de pertes d'énergie à appeler tous ces gens pour changer un truc hein ! C'est des autorisations, et c'est... Tu sais que j'ai simplement demandé à avoir un panneau qui explique la télévision là (écran qui permet aux accompagnants de suivre l'évolution du patient opéré dans son trajet de chirurgie) à l'écran : bleu rose orange, E. (responsable qualité) m'a dit je vais demander à O. (administrateur QO) si je peux ! Non mais attends quoi ! Tu sais les gens ne comprennent pas, ils sont trop stressés, tu vois c'est ça hein ! Ça bouffe du temps hein ça ! Quand je te dis que les familles ça prend du temps, et c'est interdépendant de la qualité de la personne de l'accueil, de la PSH (Planification des séjours hospitaliers : personnel qui gère les admissions des patients), si elle explique pas bien je dois pallier à ça, donc mon travail est alourdi si de nouveau en amont ou en aval les choses sont pas faites correctement. Et c'est moi qui palie. Voilà. Mais donc tu vois les changements c'est difficile, oui c'est un peu bureaucratique. Kafkaïen comme ça, voilà.*

I : Et du coup qu'est-ce qu'il faudrait pour que ça s'améliore ?

R : Mais peut-être un peu plus de confiance, moins de protocoles, de procédures. Il y a trop de procédures ! Ce n'est pas normal. Enfin je comprends qu'il y a un cadre budgétaire et qu'il faut faire des économies, et cetera, et qu'il faut pas dépenser ses sous à n'importe quoi, mais il y a quand même des choses qui ne coûtent pas cher et qui pourraient grandement nous aider comme un simple petit panneau explicatif qui sera fait en pas longtemps, par E., voilà. Et ça ferait gagner du temps à tout le monde de faire ça et les familles ont comme ça un truc visuel de rappel. Qu'est-ce que je peux prendre d'autre comme exemple ? Oui ! Cette histoire de Catapressan® : l'avoir dans le distributeur on l'a déjà demandé mais ça doit passer par la pharmacie et là manifestement ça bloque, c'est un endroit qui freine, qui est très procédurier. Je comprends, on parle de médicaments, y a pas de souci, mais voilà, c'est des choses qui font que, quand ça bug quand ça coince c'est lourd. Parce qu'on est loin de tout voilà ça c'est embêtant, ça et il y a que l'infirmière-chef qui peut agir là-dessus, ou peut être un médical mais nous n'avons pas de médical efficient pour l'instant donc... C'est vrai hein ? Si on avait un vrai chef de service c'est le genre de choses qui se règlent vite ! Un coup de fil et c'est bon ! Voilà donc ça, moi, en tant que simple infirmière, j'ai pas de levier là-dessus. Tout doit passer par la chef. Alors, ou bien on fait une adjointe, qui aide et la chef délègue vers l'adjointe. Ça pourrait peut-être faire avancer peut-être un peu plus le suivi si elle a trop, moi je ne sais pas ! Je me doute qu'elle a beaucoup de choses à faire mais voilà ça pourrait être... E. (gestionnaire qualité) aide aussi mais pas pour tout quand même. Voilà. Et par rapport à ça,

aussi, si on avait un chef de service euh plus cadrant, plus efficace sur le terrain par rapport à notre travail, comme un peu à l'époque V.B. (ancien médecin responsable du service), c'était quand même mieux, on aurait moins de soucis. C'est vraiment pas de chance en fait, parce que ça peut bien tourner ce bazar hein ! C'est juste que là il y a 2 personnes qui..., voilà qui... Voilà (phrase laissée en suspens). Ici il y a plus personne, ça va aller on va attendre la nouvelle mais... Enfin elle avait ses qualités ses défauts mais voilà il y a... Il faut de la structure, il faut quelqu'un de structuré pour être efficace. Il faut être structuré, et là il nous faut quelqu'un du terrain et aussi qu'il soit structuré. Il faut des gens efficaces voilà et ça ira déjà beaucoup mieux.

I : Si on enlève le médecin-chef et l'infirmière chef, est-ce qu'il y a d'autres ressources dont tu disposes pour te faciliter ton travail ?

R : Bah *j'ai mes collègues qui peuvent penser à des ressources au moment où moi je coince je dirais quand même un gros travail d'entraide entre nous pour trouver des solutions quand y a des problèmes* on a toute notre expérience donc oui, les collègues. Et à part ça, ben, quand ça coince c'est le n +2 quoi. Voilà. Par rapport au médical c'est toujours remonté plus haut dans la hiérarchie et ici même chose quoi, c'est en toucher un mot plus haut. Faire appel à la hiérarchie, je vois pas ce que je peux faire d'autre moi toute seule, hein ? Non.

I : Au niveau de la charge de travail dans ton service est-ce que tu as vu une évolution ?

R : Oui !

I : Et à quel niveau, et qu'est-ce qui pourrait l'expliquer selon toi ?

R : Au départ il y avait vraiment des règles très claires et très respectées et qui ne souffraient d'aucune latitude. C'était comme ça et pas autrement. Ce qui permettait au système de tourner, d'être efficace. Tu vois style à 16h00 les AG (anesthésie générale) devaient être sortis de salle pour être sûr qu'ils soient sortis à temps, il y avait plein de... Avant TPI (Trajet Patient Informatisé) en tout cas, enfin il y a 15 ans certainement c'était clair. Il y avait des règles et voilà. S'il n'y avait pas d'EPI, il n'y avait pas d'opération, il y avait une vérification, voilà. Ça s'est complexifié notamment avec X (programme informatique du dossier patient), les choses ont changé, la charge de travail a augmenté puisqu'il y a eu plus de patients donc un plus grand turnover. X (idem) a été un gros... Le dossier informatisé a été un gros changement dans la surveillance du programme opératoire, et de ce qui allait arriver en fait, et de ce qui pouvait être anticipé comme problème. Maintenant on anticipe plus rien, nous en tout cas, infirmières de base on anticipe plus rien on fait face aux problèmes le jour même. Auparavant, le fait de consulter les dossiers à l'avance en faisant les EPI permettait d'anticiper beaucoup de choses. Les personnes qui étaient mal orientées vers un XX (nom du service) qui, normalement, devaient être à l'étage, les patients qui n'avaient pas été vus à l'EPI,... Voilà ça permettait d'avoir moins de problèmes à solutionner le jour même. Voilà. Le fait qu'X (programme informatique du dossier patient) ait morcelé comme ça toutes les tâches de tout le monde, et qu'on a un accès beaucoup plus restreint au dossier. X (ancien programme informatique de dossier patient) permettait de voir beaucoup plus de choses, de notre part. Voilà. L'augmentation de la charge de travail... Elle est quand même plus importante qu'avant parce qu'il y a un plus grand turn-over.

I : en termes de quantité de patients à prendre en charge ?

R : ouais y en a beaucoup plus qu'avant, beaucoup plus. Et en termes de pathologie, non, ça franchement on n'a pas... C'est pas dingue les changements quoi on a tenté des choses mais ça ne s'est pas maintenu hein tu vois les hernie discales, les plasties LCA (intervention des ligaments croisés antérieurs du genou) et tout ça. Voilà, je pense que dans l'avenir, oui on les aura mais là non. Euh, on a été plus multitâches en fait, encore avant, hein parce qu'on a quand même eu un petit réveil à un moment. On a fait plus de tâches que maintenant.

I : de tâches infirmières ?

R : Oui hein ! On a toujours eu des AEL. On n'a jamais eu d'aide-soignante, ça c'est nouveau. Au départ, quand j'ai commencé au XX (nom du service), il n'y avait pas d'AEL, hein. C'était nous qui faisions tout : on frottait, on rangeait, on bougeait les lits, on faisait tout hein. Donc ça c'est mieux, depuis qu'il y a les AEL c'est mieux. Si elles sont efficaces ! Mais non mais c'est vrai. C'est du personnel, comment dire ça sans être péjoratif mais, ... Enfin M. (AEL du service) tu vois bien qu'elle cherche à régler des problèmes quand même hein, mais ce qu'on a eu avant ça frotte des lits quoi. C'est tout. Mais si elle est efficace, si elle est motivée et compétente, ça va très bien, tu vois ? Si elle est bien formée, ça peut être une belle aide. Mais malheureusement, dans les faits, c'est quand même pas tous les jours que t'as quelqu'un d'efficace et qui alourdit notre tâche logistique en fait parce qu'elle n'est pas efficace, parce que c'est pas du personnel motivé quoi. C'est pas top hein ! Voilà.

I : si je te parle de charges de travail perçue comment est-ce que tu la différencierais de la charge de travail ?

R : Eh ben ça c'est franchement, bah ça va fort dépendre de mon humeur et de ma fatigue ou pas et de de de... avec qui je travaille. Et c'est quand même personnel, enfin avec qui tu travailles de l'équipe et... Ouais la charge de travail perçue et la charge de travail effective... (Réflexion) Elle est pas la même pour tout le monde dans tous les cas. 30 patients pour moi ne vont pas être les 30 patients de C. (une collègue infirmière) tu vois ? Euh, moins 30 je vais me dire : « ah bah ça va aller » d'autres vont dire : « non ça va pas aller ». C'est très subjectif cette charge de travail perçue.

I : Et selon toi, qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences ?

R : La fatigue hein. Ta fatigue professionnelle. Parce que ça dépend, ouais, de l'ambiance qu'il y a dans le service, avec tes collègues, avec les médecins avec qui tu travailles. Voilà, *ça peut être vite lourd parce que c'est des relations humaines qui ne sont pas adéquates et qui ne sont pas sympathiques et qui sont, voire même dénigrantes. Et si tu travailles avec des gens avec qui tu es en collaboration et en respect, tu peux demander plus et tu peux faire plus.* Que je travaille avec N. L. (chirurgien) ou avec B. L. (chirurgien) c'est pas la même chose, tu vois ce que je veux dire ? Si tu travailles avec E.T. (chirurgien) ou, non avec X. L. (chirurgien) et puis que tu travailles avec T. S. ce n'est pas la même chose ! Il y a le relationnel de ton interlocuteur professionnel qui va déterminer aussi cette charge de travail, outre le les patients. Voilà. Et comme on n'est pas dans un quelque chose de linéaire, l'humain selon les journées, ben voilà ça peut être impactant ou pas. Et ça peut être facile ou pas. Facile ou

difficile ou voilà. Si tu travailles avec quelqu'un qui te respecte et qui est dans la collaboration et qui est aussi efficace dans ses ordres, dans la clarté de ces choses et qui est facilement accessible et qui est disponible raisonnablement les choses se passent bien et tu peux avoir beaucoup de travail mais ça roule parce que tu n'as pas de frein. Mais dès que tu as des grains de sable de quelqu'un, comme aujourd'hui, de pas aimable. Voilà encore aujourd'hui, un médecin a mal prescrit, il nous parle de façon désagréable cet assistant de chirurgie, et puis moi j'ai le patient au téléphone qui me dit : « bah y a rien sur ma carte d'identité », donc moi je dois pallier à ça et donc je dois retrouver, maintenant ils sont tous brossés, tu sais sur qui je suis tombée ? Sur M. T. ! Tu penses c'était sympathique, mais je me suis pas laissée démonter il voulait pas m'écouter, j'ai dit non : « écoutez-moi ». Enfin tu vois je m'en fous ! Tu vois c'est le mauvais travail de l'un m'a pourri 1/4 d'heure de ma journée voilà. Ça alourdit ma charge de travail et j'ai dû retéléphoner au patient, et j'ai dû chercher. J'ai dû faire 4-5 numéros de téléphone pour tomber sur quelqu'un qui voulait bien me prescrire. Voilà, je m'en serais bien passé !

I : Et du coup, si j'ai bien compris, le facteur humain, relationnel...

R : (me coupe) Oh c'est très important pour moi

I : Va peser encore plus sur toutes les démarches que tu as dû faire parce qu'il y a eu des manquements ?

R : Ouais, du médical. C'est vrai que on pallie à ça hein. On est le petit gardien du patient là. On est un peu, enfin, on est entre les 2 et tous les manquements de l'un nous impacte par rapport à ça hein. Et il faut rattraper ça hein !

I : Est-ce que tu pourrais mettre en avant les éléments qui vont impacter positivement ta charge de travail perçue ?

R : Déjà mes collègues directement hein, avec qui je vais travailler l'humeur de ma collègue l'envie, et sa fatigue éventuelle, son mini burn-out ou enfin son sa ... Non mais c'est vrai hein ! C'est pas la même chose quand t'arrives et que tu vois que (mime une personne plutôt pas souriante). Et donc le relationnel avec les collègues d'abord puis tu vas avoir les patients en eux-mêmes, y a des patients qui sont faciles y en a qui sont moins faciles donc aussi les cas que tu vas traiter ça peut très bien rouler comme ça peut alour... (elle s'interrompt) enfin le non-respect des règles préopératoires peut alourdir ta charge de travail parce que tu vas devoir solutionner tout ce qui n'est pas en ordre pour aller en salle. Et puis... euh... qu'est-ce qui peut ? Oui mes relations humaines avec le bloc opératoire va aussi impacter ma charge de travail perçue. Le travail de collaboration où, de nouveau, s'il est efficace et aimable c'est pas la même chose que si il y a des de la mauvaise volonté ou de la mauvaise humeur. Ça peut fort, en tout cas moi, impacter sur ma charge de travail, ouais perçue. Ouais ça peut alourdir ma journée. *Tu peux avoir 16 patients et c'est une journée de merde, comme tu peux en avoir 35 et que ça roule et que tu vas beaucoup travailler mais là ça se passe bien. Dans ta tête ça se passe bien parce que ça roule, y a pas de grain de sable. Voilà. C'est les grains de sables qui sont lourds en fait.* Qu'ils soient occasionnés par le patient ou par le médical ou par les 30% là de logistique et autres (elle montre le diagramme qu'elle a rempli en cours d'entretien).

I : Tu viens de dire justement une journée de merde. Est-ce que tu sais repenser à ta dernière journée où t'étais épuisée, fatiguée, et essayer de mettre en avant des éléments qui ont influencé ton épuisement en fin de journée ?

R : Mon épuisement en fin de journée ? Bah oui le manque de personnel, ça c'est quelque chose qui peut franchement pourrir une journée.

I : À quel niveau le manque de personnel ? Uniquement infirmier ?

R : Infirmier ou logistique. Logistique ça c'est la catastrophe ! Parce que ça alourdit très fort ta charge de travail quand tu dois pallier à ça. Une collègue malade, c'est lourd c'est très lourd. Du bouleversement dans le flux des patients, du programme opératoire où il y a des changements de salle, enfin d'ordre dans la salle, ça c'est lourd. C'est pas gai de devoir dire aux gens qu'ils doivent attendre et qu'il peut attendre 3-4-5 h c'est pas gai de gérer ça, j'aime pas. J'aime pas non plus les... oui voilà quand il faut supporter la mauvaise humeur des autres et le le le... Prenons S. (collègue infirmière) tu vois, quand tu passes dans la détente et puis t'as S. ça c'est un truc qui plombe ma journée vraiment hein. C'est terrible, je la fuis comme la peste ! Je veux qu'on respecte cette heure de détente, enfin cette demi-heure je veux pas entendre parler de... voilà. Il a fallu un peu recadrer L. (collègue infirmière) aussi, en lui disant allez on parle plus de travail ici parce que sinon... Mais je comprends en même temps ! Elles sont seules dans leur salle donc il faut que ça sorte et pas de bol c'est chez nous. Voilà. Mais ça c'est pas gai pour nous. Parce que nous justement à ce moment-là on n'a pas envie de parler de travail, on a envie d'être dans notre bulle, (envie) d'autres choses. Voilà. Ça c'est pas gai. Tu n'as pas cette pause mentale d'une demi-heure parce que tu parles du boulot. Ça c'est important pour moi, de respecter ma petite demi-heure là. Euh... Oui les patients désagréables, et les familles désagréables c'est pas gai hein ! Ça alourdit ta charge de travail, ce n'est pas chouette hein ça ! Ta charge de travail pourrie comme ça c'est pas gai. T'aimes que les gens soient contents et que ça se passe bien et que tout roule hein. Et ils sont contents et toi t'es content voilà t'as envie qu'il soient bien. *Donc tout ce qui est gestion du patient qui va pas bien ça c'est pas du tout un souci pour moi ça c'est quelque chose qui, au contraire, me valorise dans ma fonction, et de gérer, de les rendre mieux, de les cocooner, ça j'aime beaucoup. Mais ça me fait... c'est une charge de travail positive tu vois ?* Il y a le positif et le négatif ! Moi je veux bien soigner plein de gens tant que ça me permet de le faire bien d'être en sécurité et de ne pas être à flux tendu et que je vais y perdre ma tête, parce que je cours comme une poule sans tête. Ça je n'aime pas. Voilà, ça c'est des trucs qui me pompent mais si c'est une charge de travail raisonnée, raisonnable, et que voilà, avec des gens qui vont pas bien des gens qui vont bien que ça s'équilibre tout ça c'est chouette. Voilà.

I : Et tu parlais des grains de sable, je sais pas s'il y a quelque chose que tu veux rajouter par rapport à ça ? Comment formuler ma question ? Dans quelle mesure ça va peser sur ce que tu ressens par rapport à ta journée de travail, en termes de charge de travail ?

R : le problème c'est que c'est souvent une accumulation. Enfin, t'as des journées sans grain de sable, et puis t'as des journées où tu te dis : « mais c'est pas possible, ça va s'arrêter quand ? », de cette succession, et tout à fait inopinée hein. C'est pas interdépendant, ça arrive comme ça. Quand ça touche aux patients tu n'as pas de moyen d'action. Enfin tu vois, tu, c'est pas

quelque chose que tu sais anticiper, tu sais tu sais rien faire, tu le subis et tu cherches à le résoudre au mieux ça c'est faute à pas de chance, ou c'est le travail en amont qui n'a pas été bien fait c'est voilà ou c'est le patient lui-même hein, qui n'a pas les capacités de bien se prendre en charge. Au fond on travaille avec de l'humain donc c'est, c'est... Il y a l'intellect, il y a le milieu social, enfin, tout ça je ne sais pas agir là-dessus, je le subis je le je le prends en charge comme ça, voilà. Ça fait partie du métier, on travaille avec des humains donc voilà ça c'est comme ça. Maintenant, tout ce qui concerne l'institutionnel, tout ce qui est inhérent à l'institutionnel, ça par contre, ça c'est lourd. Oui ça c'est, ça c'est frustrant parce que tu peux dire : « ça pourrait tellement aller mieux ». Si tu travailles avec des gens efficaces, de bonne volonté, tu vois, voilà, ça c'est... Si on était tous motivés de la même façon les choses iraient quand même mieux peut-être aussi.

I : Si on reprend tous les éléments que tu as dit, est-ce que tu en mettrais 2 en évidence ? Donc 2 éléments qui vont agir négativement ou positivement s'ils sont justement pris en charge correctement, qui vont influencer ta charge de travail ?

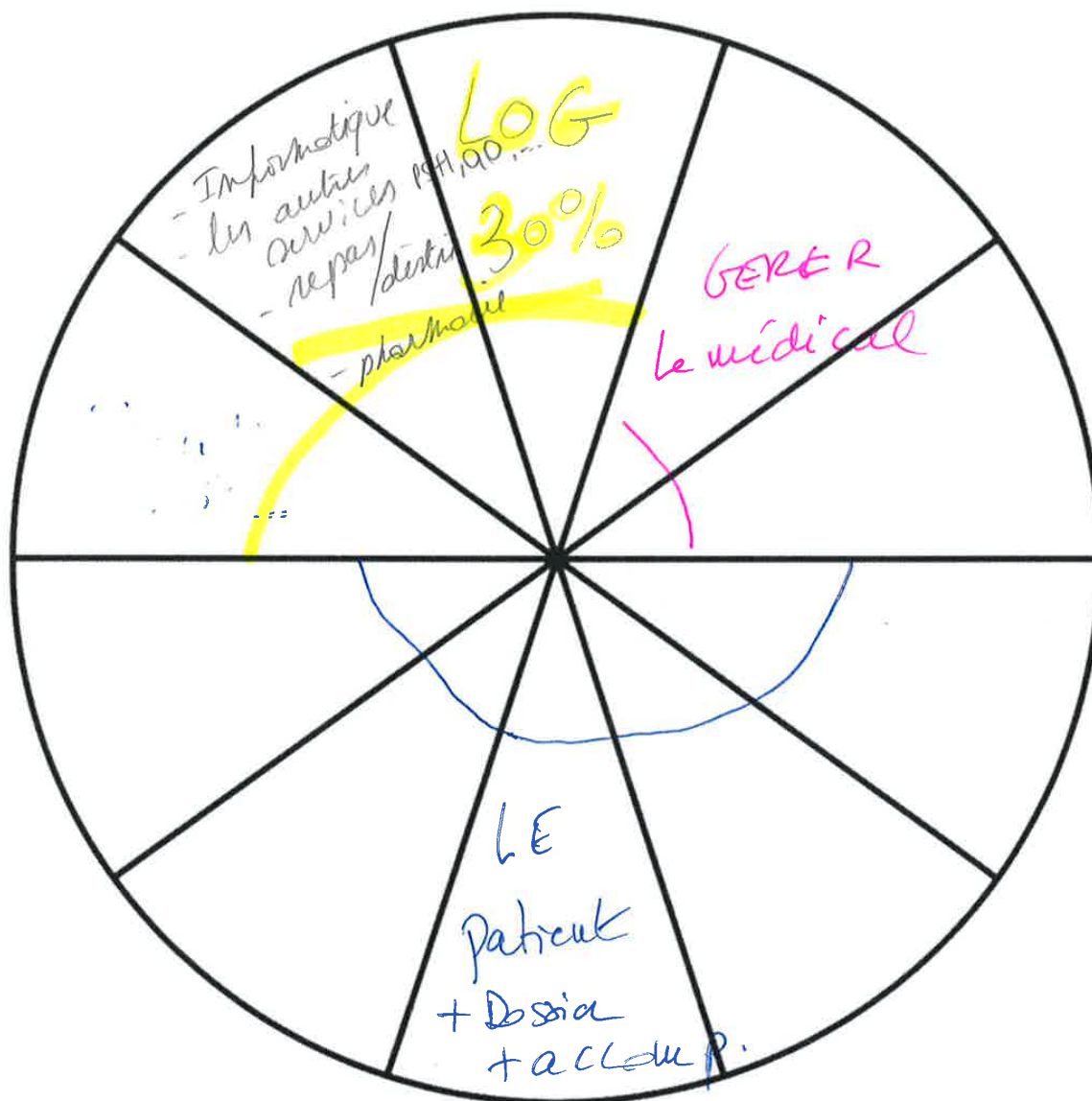
R : Franchement, *tout ce qui est ici la logistique ça c'est vraiment un truc moi qui alourdit ma charge de travail, quand même méchamment*. Tout ce qui n'a pas été, oui, c'est ce qui va empêcher mon travail d'être comme un menu déroulant, tu vois ? Où les choses vont se suivre très logiquement. Ça et ça c'est vraiment (elle montre la partie qu'elle a intitulé « logistique » sur son diagramme) ça ici tout ça c'est de l'humain (elle identifie la partie qu'elle a intitulé « patient ») et et ... Enfin oui c'est de l'humain et voilà et, c'est pas de l'hôpital, ils viennent de l'extérieur. Ça, ça ne, voilà c'est pas de la charge de travail négative. Elle est ici tu vois (elle indique la partie qu'elle a identifiée comme « gérer le médical »). Elle est vraiment ici. Parce que si ces gens-là ne travaillent pas efficacement et avec amabilité c'est lourd. Et ici, tous les petits grains de sable qu'il y a, c'est tout ce qui va empêcher, tout ce qui concerne le patient et son hospitalisation de bien se dérouler. Donc moi je suis essentiellement en relation avec (elle indique la partie « patient »). Ceci (elle indique la partie « logistique ») et ceci (elle indique la partie « gérer le médical ») devraient rouler tout seul. Donc ça il y a pas moyen d'agir là-dessus on prend ce qui vient et on fait en fonction de (elle indique la partie « patient »). Voilà.

I : Merci moi je n'ai plus de questions, sauf si toi tu as quelque chose à rajouter, quelque chose qu'on aurait pas...

R : je n'ai sûrement pas pensé à tout hein, je te redirai demain ! Ouais non mais... Ah ouais y a les collègues là-dedans hein mais je sais pas où les mettre ! Mais voilà c'est aussi... Ils font partie aussi des choses qui peuvent faire que ça roule ou pas.

I : ils n'apparaissent pas sur le camembert mais on en a quand même parlé.

Merci beaucoup pour ta participation.



Annexe 5

Retranscription Entretien n°2

Interviewer (I) : Mon travail de mémoire porte sur la charge de travail perçue des infirmiers. L'idée c'est d'extraire des éléments qui influencent la charge de travail perçue des infirmiers. Je vais réaliser différents entretiens avec des infirmiers de différents types de services. Le but c'est de d'essayer de sortir des éléments des différents entretiens et de les analyser.

Cet entretien est enregistré, je vais tout retranscrire et l'anonymiser.

Est-ce que je peux te demander, de me présenter ton parcours professionnel depuis que tu es sortie de l'école ?

Répondant (R) : Alors, quand je suis sortie de l'école donc c'était en 2016 j'ai commencé donc j'ai commencé mon mémoire, enfin mon master en santé publique. Et puis j'ai fait en même temps du club week-end à Ottignies. Ensuite, j'ai, enfin, j'ai fait ça 2 ans et puis je suis venue à Bruxelles, et là j'ai commencé un intérim à X (hôpital). Mais en continuant mes études, je me suis blessée du coup j'ai commencé un CDI en 2019. Donc voilà c'est à ce moment-là aussi que comme j'ai commencé à 100% j'ai arrêté (les études complémentaires), mais j'ai commencé à XX (unité de soins) à ce moment-là, et j'ai pas arrêté.

I : Et XX, c'est quel type de soins ?

R : Alors au départ c'était chirurgie ORL et stomatologie avec des sevrages alcool donc une unité intégrée des pathologies. Ça a beaucoup changé, on a eu le COVID, on a eu de la médecine interne, on a eu de la rhumato, on a eu la médecine interne, ça j'ai déjà dit. Et maintenant, c'est de la gastro-entérologie donc médecine. On a tout ce qui est unité de greffe aussi, enfin les (bilans) pré-greffe et on a les « sevrage alcool ».

I : Donc ça fait 5 ans que tu es dans ton unité. Ton temps de travail c'est donc toujours 100% ?

R : oui oui

I : Est-ce que tu sais me décrire une journée type de travail ? Si tu veux me décrire en fonction des shifts c'est comme tu préfères.

R : Donc du coup le matin enfin on commence à 07h00. De 7h00 à 07h30 c'est le rapport, en fonction de la lourdeur du service ça prend plus ou moins de temps. Après il y a la répartition, classique. C'est soit nous en fonction de ce qu'on a fait la veille ou en fonction de ce que la chef décide. Et on commence à diluer les antibio(tiques). Ensuite et une fois que c'est fait on commence le tour des PerOs, des IV, tout ce qui est gavage, les prises de sang. S'il y a personne pour piquer pour vous, et voilà. Ensuite, en fonction de quand arrivent les médecins, enfin, et en fonction de notre tour et de la lourdeur on voit aussi avec la priorité hein, les examens et tout ça, les gens qui doivent arriver. Donc on fait notre tour, on fait aussi un mini rapport aux médecins. Il peut y avoir aussi les kinés, les diététiciennes, psychologues et ou psychiatre. Y a les entrées qui arrivent qu'on doit perfuser, faire l'anamnèse, envoyer en examen. Ensuite vers 10h, 10-11h on essaie de faire une petite pause, pour voir un petit peu ce qui reste à faire, s'il y a des pansements ou autre. Et ensuite voilà à 12h00 on fait notre tour de de PerOs, d'IV ou tout ce qui reste, enfin voilà en fonction de des prescriptions. Et voilà.

Après donc le rapport c'est à 13h30, de 13h30 à 14h00. Et ensuite nous, il y a des personnes qui arrivent parfois à 14h00 donc on les voit, on les perfuse, on fait l'anamnèse. Et voilà, sinon c'est un peu finir ce qu'on doit faire. Il y a parfois des remontées d'examens qui arrivent donc voilà. L'après-midi donc du coup, 13h30 14h c'est le rapport. Ensuite, moi, ce que je fais, enfin la façon dont moi je travaille, c'est que je prépare toute mon après-midi de Peros, en tout cas sur des tablettes, ça je fais des tours à 16h00 à 18h00 à 20h00, et je prépare les Peros de 22h00, comme ça c'est pas ma collègue de la nuit qui doit le faire, ça avance quand même. Et puis chaque tour en fonction de la lourdeur aussi, soit les aides-soignantes prennent les paramètres, soit c'est à nous de le faire. Donc on arrive dès que moi j'ai fini donc généralement j'essaie de commencer mon tour à 14h30 15 h, et là c'est prise de paramètres on voit un peu tous les patients, on fait notre tour de 16h00. Et voilà, IV pareil, s'il y a des personnes qui arrivent l'après-midi on doit les voir, les perfuser faire les prises de sang. Aussi pour le médecin, il y a beaucoup de changements de prescription. Et voilà, à 20h30 jusqu'à 21h c'est le rapport pour la nuit. La nuit parce que j'en fais beaucoup, donc voilà 20h30 21 h ça on fait le rapport. Moi je commence directement, le plus tôt possible, à voir mes patients parce que parfois, enfin, on a 27 lits maximum, donc je commence à faire mon tour parce que mon premier tour pour moi c'est le plus important, c'est celui où je vais voir un petit peu je vais prendre la température. Je vais voir s'il y a des patients qui vont pas bien je vais prendre les paramètres s'il y a besoin. Voilà, je réponds aux sonnettes, les antidouleurs, enfin tout ce qu'il faut faire à 22h00. Et après, euh c'est très différent mais généralement j'essaie de préparer tout ce qui est pour le lendemain. Donc je veux vérifier tout ce qui est rendez-vous, et les entrées du lendemain voir que tout est bien écrit pour que le matin ils aient toutes les informations pour pas devoir aller les chercher et perdre du temps. Je prépare aussi tout ce qui est prises de sang, donc coller les étiquettes, enfin voir le numéro de chambre, le nom du patient et vérifier qu'il y a bien tous les tubes, parfois je dois en préparer. Vers 00h00 je fais euh donc je fais mon tour de 00h00, voir les patients tout ce qui est changes, et les antibiotiques. Ensuite je fais tous mes dossiers. Donc je remplis qu'une seule fois la nuit tous les dossiers de tout le monde, ça me prend à peu près 1h. Ensuite ici, j'essaie de, soit je range les PerOs dans les casiers, soit je les prépare pour le lendemain matin en fonction de ma charge, et je prépare les IV. Donc je dois imprimer toutes les étiquettes de toutes les personnes qui ont des antibiotiques, et parfois j'ai pas le temps donc je dois le faire après. On prend une pause à 02h00, de 2 à 03h00 à peu près on mange avec ma collègue d'à côté. Et voilà. Et donc après, vers si, normalement, je mets un peu plus de temps au niveau IV, donc je prépare tout, tous les antibiotiques enfin tout ce qu'il faut comme IV, ainsi que les perfusions, les poches de perfusion entretien, que je prépare aussi et qu'on change à 16h00. Donc ça c'est aussi tout prêt et vers 04h00, y a de nouveau un tour de changes que je fais. A 2h00 il y a les antibios, pardon je l'ai pas dit, et à 06h00 parfois il y a des personnes que je dois préparer. Donc s'il y a quelqu'un qui, à 08h00, a une gastroscopie je dois aller prendre ses paramètres, donner ses PerOs s'il y a besoin voir que tout est OK, vérifier que c'est ok avec lui, le laver s'il y a besoin et voilà. A 7h00 je fais mon rapport. Là il y a pas tous les aléas, là c'est typiquement ma nuit sans les aléas, les sonnettes, les personnes qui vont pas bien évidemment.

I : Quand on évoque la notion de charge de travail, qu'est est-ce que toi ça t'évoque ?

R : Il y a énormément de choses parce que, il y a déjà la lourdeur d'un service donc la charge d'un patient. Ce qu'il va, enfin, ce qu'il va te demander en fonction de sa pathologie, des appareillages qu'il a, et puis y a tous les « à côté ». Il y a la famille, qui vient, qui demande bah de la charge mentale, y a le téléphone qui sonne aussi parfois souvent. N'importe qui hein, ça peut être des familles, ça peut être un examen, c'est ben, la chef de l'équipe mobile qui t'appelle pour une urgence, c'est gérer les urgences. C'est gérer aussi le médecin, les prescriptions, un patient qui va pas bien, aller voir le médecin. Enfin c'est tous les « à côté » quoi. C'est un peu la gestion du service, et la gestion du patient avec l'entourage.

I : Donc dans la théorie, on distingue les soins directs et les soins indirects. Juste comme ça, sans rentrer dans les détails, qu'est-ce que tu mets derrière les 2 concepts selon toi ?

R : Pour moi, les soins directs c'est les soins que je fais aux patients, et les soins indirects c'est plus, pour moi, dans la gestion du dossier, ou la gestion des, d'un changement de traitement. Ou d'un patient, ce que je peux voir avec le médecin ce qu'il faut faire par exemple, avec un kiné pour mieux prendre en charge, ou au niveau de son repas au niveau de la diététicienne parce que on a fait un bilan calorique et qu'on voit que c'est pas c'est pas suffisant. Enfin voilà pour moi c'est tous les « à côté », tout ce qui va être avec d'autres paramédicaux ou médical. Mais pas au patient même. Par exemple, changer une perfusion ou mettre une sonde naso-gastrique ou autre.

I : Est-ce que je peux te demander de nommer les différentes catégories de soins que tu vois quand tu prends ta journée une journée de travail. Donc là j'ai parlé des soins directs et indirects, mais est-ce que, selon toi, par rapport à ce que tu fais au quotidien, il y a différentes catégories que tu identifierais et comment les appeler ?

R : Attends c'est dur pour moi ! Il y a des soins plus invasifs, donc tout ce qui va être mise de perfusion, faire une prise de sang, mise de sonde naso-gastrique, enfin c'est vraiment les appareillages qu'on va rentrer dans le corps si je peux dire. Il y a les soins de confort, enfin pour moi c'est et tout ce qui est changement de linge ou toilette. Il y a pour moi, enfin dans mon service, il y a tout ce qui est soutien psychologique aussi il y a des patients qui vont pas bien parfois enfin pour x raison, donc ça on doit être capable de le faire.

I : Tout ça, ça fait partie des soins auprès du patient ?

R : Oui

I : Moi je les regroupe en une seule catégorie parce qu'ils sont en direct. C'est ce qu'on fait, c'est le corps même de notre métier finalement. Et en fonction des services, on peut imaginer différentes catégories. Je peux donner l'exemple d'une autre collègue qui disait la logistique par exemple. C'est plus large que les soins auprès du patient quoi.

R : Pour y a l'administratif, tout ce qui est remplissage de dossier. Je mettrais à part aussi ouais enfin je sais pas comment appeler ça, mais tout ce qui est téléphone. Je sais pas comment dire mais gestion téléphonique ou je ne sais pas mais, je la mettrai avec la gestion de l'unité pour moi, ça va vraiment, parce que, enfin, il y a rarement ma chef qui vient dire : « Ah oui il faut mettre quelqu'un d'autre ». C'est soit la planification, soit la chef de l'équipe mobile qui vient amener un autre patient parce qu'on a une place de libre. Donc je mettrais la gestion téléphonique. Comme j'ai dit, ouais, j'ai la gestion des familles aussi, moi ça vient vraiment à quitter aussi ça. C'est indirect, ouais c'est à côté, c'est vraiment dans une autre catégorie. Euh,

la gestion aussi du service en en tant que tel, parce que, bah, pour moi, un service, quand on le récupère il est pas forcément propre mais pour moi quand on doit le laisser il doit être clean quoi. Parce que, par exemple, pendant mes nuits, je passe peut-être une demi-heure à ranger le service. Donc c'est plus du rangement et de la logistique finalement. Y a aussi, enfin, c'est bête mais parfois remplir les armoires à double passage. Enfin voilà, quand il y a des gens qui ont des langes, je vais prévoir pour toute ma nuit hein et pour le matin, et pas n'en mettre qu'un par un parce que ça fait aussi des pas, et je perds énormément de temps.

I : Ça je peux mettre avec gestion de service ?

R : Ouais ouais. Je mettrais aussi gestion des médicaments patients, que ça soit PerOs ou IV.

I : Dans quel sens du coup ?

R : Dans le sens où il y a des patients qui ont énormément de médicaments PerOs, et parfois ça peut déborder. Je veux dire faire des retours de facturation, ou des patients qui sont partis et défacturer. Enfin ça fait partie aussi de notre job. On peut le mettre dans la gestion de la robotique si je puis dire mais, on a un robot qui prépare les PerOs. On doit aussi s'en occuper. Enfin c'est aussi une gestion quand ça va pas, quand il coupe. Enfin je veux dire, parce que parfois il tombe en panne c'est à nous d'appeler donc, il y a souvent des nuits où je passe une demi-heure parce que le technicien me dit de faire telle ou telle chose, d'essayer ça ou ça et voilà. Parfois dans une nuit, une demi-heure c'est beaucoup. Voilà.

I : Donc si on reprend ce que tu avais dit avec les soins indirects, la gestion avec les autres paramédicaux, enfin médicaux et paramédicaux, est-ce qu'on fait une catégorie en plus ? Ou on l'associe aux soins aux patients ?

R : Non je ferai quand même aussi, mais plus dans le sens rapport. Pour, à l'équipe soignante quoi, moi ce que je veux dire au kiné ça va pas toucher le patient, c'est le kiné qui va, par rapport à ce que je dis.

I : Donc les différents rapports aux différents intervenants quoi.

R : C'est à peu près tout, gestion du service administrative...

I : Maintenant je vais te demander un peu de travail euh donc j'ai noté, enfin s'il faut que je lise ce que j'écris, tu me dis. L'idée c'est de répartir. Donc ça c'est 100% de ton activité et l'idée c'est de donner une, une, ... Enfin des parts en fonction des différents types d'activités. De répartir sur le temps que tu consacres aux soins directs auprès du patient, à la gestion du service, ... Maintenant le shift, c'est toi qui choisis. Si tu fais beaucoup de nuit on peut partir sur les nuits.

R : Je fais beaucoup de soirées beaucoup de nuits donc...

I : Je te laisse décider. Il faut une représentation assez générale par rapport à ton travail.

Qu'est-ce qui te prend quel pourcentage de temps ?

R : Parce que ça va pas être la même chose d'une nuit ou d'un soir ou d'un matin quoi.

I : Ouais c'est pour ça que je te dis c'est plus

R : Bah ouais mais je fais 7 nuits par mois donc y a vraiment la moitié de mon travail qui est en nuit quoi ouais je pense que pour moi, je, enfin, voilà. C'est vrai que les gens sont plus habitués à me voir en nuit qu'en jour. Sur 100% ?

I : Tu peux réfléchir, et alors j'ai pris ce type de camembert là. Mais on peut rediviser.

R : C'est vrai que la gestion famille moi j'en ai pas beaucoup la nuit.

I : Tu peux commencer, et puis on peut changer. Je sais que c'est pas un exercice très facile à faire.

R : C'est au niveau des enfin tu vois, des pourcentages, parce que... J'en ai combien ? J'en ai 10. Ok.

I : Maintenant si tu veux regrouper des catégories on peut regrouper si...

R : Oui, moi (hésitante), déjà, gestion enfin on parlait de gestion pharmacie et robotique dans tout ce qui est préparation de médicaments. Je vais mettre juste « prépa médoc » si je peux me permettre ?

I : Je t'en prie

R : Je peux les mettre en 123 ?

I : Tu fais comme tu veux !

R : Ok ce sera plus facile comme ça je devrai pas réécrire tout le temps. Je fais tout de la même couleur.

I : Oui oui, c'est très bien hein c'est très clair comme ça.

R : J'ai vraiment envie de dire que je prends vraiment beaucoup de temps aux patients alors que c'est pas vrai mais, ... Je vais être quoi ? 3 h maximum, ouais mais je réfléchissais parce que j'ai vraiment envie d'en donner un à, en plus... (Elle remplit le camembert).

I : Tu hésitais à donner un (quartier) en +1 à une catégorie ?

R : Oui, plus au niveau, soit de prépa de médicaments, soit administratif et je vais plutôt dans voilà que je trouve que je fais vraiment tout ce qui est préparation médicaments et même les PerOs et tout ça, ... Y en a un que j'ai coupé en 2 parce que pour moi, gestion famille et le rapport aux différents intervenants, parce que ça soit soir ou nuit bon la famille je trouve que ça prend pas énormément de place, et aux différents intervenants (autres corps de métier), je les vois pas non plus énormément, ce qui est différent du matin. Mais après voilà, en global, je pense que oui, le plus de temps que je mets, c'est dans la gestion tout ce qui est préparation de médicaments.

I : Mais les préparer ou gérer ce qui va avec ?

R : Pour moi ouais, gérer aussi ce qui va avec. Parce que c'est vrai, enfin pour moi, préparer un médicament ça va aussi, enfin c'est le mettre, mais je vais rien faire d'autre au patient que le mettre et bah, voilà après je le lie un petit peu avec ce que je fais au patient mais...

I : Ça fait partie des soins mais est-ce que pour toi gérer la machine c'est la même chose que préparer le médicament que tu vas administrer à ton patient ?

R : Ouis, enfin, ça fait partie quoi. Parce que parfois, je peux mettre, enfin parfois je vais mettre 1h, 1h30 à préparer tous les tous les IV quoi. Et quand parfois je sais qu'il y a 23 patients et qu'il y a 3 entrées le matin, qu'il faut les piquer avant 8h30 bah je sais que ça va être dur, je prépare les PerOs, ça met 1h à 1h30 donc si vraiment il y a énormément de charge de travail pour moi ça met 3h sur toute ma nuit.

I : Ok. *Et, simple curiosité, pourquoi est-ce que vous le faites la nuit ?*

R : *Parce qu'on a pas le temps la journée, et que la nuit c'est 11 h et qu'on a le, enfin, honnêtement j'ai le temps de le faire.* Les PerOs c'est pas une obligation. Les IV de la nuit normalement on peut pas. Normalement c'est que pour le shift d'après. C'est légalement on peut pas, mais le souci c'est que, quand on arrive, *quand moi j'arrive à 14h00 et que je me dis*

parfois y a 6 entrées, qu'il y a 20 patients, qui en a qui vont pas bien et que c'est lourd, je ne sais pas comment je ferais si les IV ne sont pas prêtes.

I : Ok, et qu'est-ce qui coince, qu'est-ce qui vous empêche la journée de le faire ?

R : Le manque de personnel, le temps. Il faudrait une personne qui ne fasse que ça et de se dire j'arrive à 07h30 et à 08h00 je devrais, enfin, pour 09h00 si je dois avoir vu tous mes patients, préparer tous mes IV, mes PerOs, avoir tout vérifié, et les sortir, parce qu'on a qu'une seule machine et il y a 2 services pour une seule machine. Donc c'est se dire il y a potentiellement 6 personnes qui vont être en file indienne en train d'attendre. Et puis c'est pas une machine où il faut cliquer. Je pense que pour, enfin, déjà pour commencer dans la machine il faut déjà mettre son badge, il faut bien cliquer sur son unité, il faut cliquer sur la lettre de son patient, et puis ensuite sur le nom de son patient, et puis ensuite il faut savoir où est l'antibiotique, savoir est-ce que je dois, est-ce que la facturation du baby baxter elle se fait automatiquement ou pas, où est-ce que je dois prendre, est-ce que c'est dans la « X 1 » (nom de l'armoire à pharmacie sécurisée), la « X 2 » (idem) ? Est-ce que c'est dans le froid, est-ce que c'est dans le, dans la « XX » (nom d'une autre armoire sécurisée) même, donc il y a vraiment beaucoup de choses et la nuit on a plus le temps. Parce qu'il y a moins de soins aux patients, parce que je vais pas faire tout ce qui est prise de sang, parce que je vais pas mettre des, enfin, je vais pas préparer les patients, pas faire les entrées, je vais pas donner tout ce qui est PerOs du matin. Moi, entre guillemets, je fais « que » les antibiotiques de 00h00, que les antibiotiques de 02h00. Et les somnifères. Et normalement, la nuit les gens dorment, normalement ! Enfin voilà, il y a beaucoup moins de chances que je sois dérangée par un patient la nuit que la journée. Après voilà, il y a des priorités dans la nuit à avoir, mais clairement aussi le matin. Enfin le matin, ça arrive hein, la nuit il manque des choses bah on perd vite 5 min. Mais il y a un patient qui va pas bien, c'est une demi-heure, il est 8 - 9h, on peut pas arriver au dernier patient à 10h00 parce que si il part pour un examen ou quoi, c'est pas possible. C'est pour ça qu'on fait la nuit et qu'on, enfin moi en tout cas, j'essaie de tout bien faire, pour faire en sorte que le matin, ils aient plus qu'à diluer leurs antibiotiques, partir avec leur chariot et y aller.

I : Ok. Dans l'administratif, tu mets quand même aussi 20% et qu'est-ce que tu mets derrière ? Uniquement les dossiers des patients ?

R : Je vais voir donc, parfois y a pas vraiment de retour avec les médecins. On a pas énormément de feedbacks, donc moi en fait je vais voir tous les dossiers et je veux voir les notes des médecins. Et donc par exemple, enfin, il y a des patients qui sont là depuis une semaine, on se demande ce qu'on, enfin voilà littéralement, pas ce qu'on va faire avec eux, mais quel est le projet parce qu'il pourra pas rentrer chez lui tout seul comme ça. Est-ce qu'il faut commander une ambulance ? Est-ce qu'il faut prévoir de l'aide à domicile ? Parce que s'il faut prévoir de l'aide à domicile et qu'on est vendredi, c'est trop tard pour prévoir une assistante sociale. Donc voilà c'est tous des trucs où on va se dire : « qu'est-ce que le médecin nous a pas dit ? » et qu'est-ce que je peux rapporter de nouveau dans le rapport. Après tout le monde ne le fait pas hein, ça c'est vraiment un truc moi j'aime bien le faire, parce que j'aime bien savoir, j'aime bien savoir ce qui se passe, où on va, la pathologie des patients, ... Enfin voilà, regarder aussi les prises de sang, voir au niveau de son hémoglobine, si elle est en train de chuter, on sait que on va dire : « voilà j'ai préparé un RAI (type d'examen) en plus parce

que comme ça t'auras pas à le repiquer », des choses comme ça. Et voilà, après on peut transfuser plus rapidement, ça évite de le faire l'après-midi parce qu'il y a plus de monde le matin. C'est voir aussi les rendez-vous, s'intéresser aux entrées et tout ça quoi. Et quand il y a des entrées, avant on mettait quoi ? Une demi-heure je pense. Mais maintenant il y a une trame, donc une aide-soignante vient voir le patient, qui vient lui poser déjà des questions et tout ça, tout ce qui allergie, poids, numéro de contact. Mais avant c'était nous qui le faisions donc voilà. Ça mettait plus de temps, mais il faut aussi tout remplir, toute l'anamnèse (référence au remplissage du dossier patient informatisé). Je sais pas si tu as déjà vu mais toute une anamnèse à faire, tout ce qui est éducation enfin, bien que tous les points soient verts et tout ça donc tout ça à remplir !

I : Et ce sont les aides-soignantes qui le font maintenant ?

R : Non, non, non, l'aide-soignante va juste prendre les infos de base, tout ce qui est allergie, poids, taille, numéro de contact et elle prend les paramètres, et nous on doit tout enregistrer dans le, enfin, les paramètres sont directement envoyés à l'ordinateur, mais nous on doit tout remplir. Ça prend, moi je prends un quart d'heure, mais y a des infis qui prennent une demi-heure. Enfin voilà en fonction de comment on est à l'aise aussi, avec l'outil informatique, on met plus ou moins de temps. Après, moi je mets 20% (sur le camembert) parce que je mets au moins 1 h en faisant à peu près une minute par patient quoi, en remplissant tout, plus ou moins. Je vais essayer d'aller le plus vite possible.

I : Bien, merci d'avoir fait l'exercice. Est-ce que selon toi vous disposez des ressources nécessaires pour effectuer toutes les différentes tâches ?

R : Non

I : Qu'est-ce qui manque ?

R : Une infirmière ! Honnêtement la nuit oui, la nuit, le soir, le matin. Le matin ça va parce que généralement on est 2 infis, et notre chef doit prendre en charge. Parce que, honnêtement, être à 2 le matin c'est pour pleurer ! 2 le soir comme je disais, après c'est les aléas mais quand on est 2 le soir et que on est à 23 patients ou il y a 18 patients et 6 entrées, 6 patients à perfuser, enfin c'est aussi faire l'anamnèse, les prises de sang, et puis il y a des intervenants qui viennent et voilà. Parfois il y a des délocalisations, on nous appelle parce que là il y a plus de place et donc il va remonter chez nous. Ok de toute façon on peut rien dire, on doit juste dire oui, et c'est comme ça. Donc, donc voilà. Et la nuit, moi j'ai eu une nuit où j'ai eu une patiente, bon ok, la situation est compliquée mais elle allait pas bien mais j'avais plusieurs patients qui allaient pas bien en même temps, et puis j'avais 4 personnes à préparer pour 8h00 et puis, en plus, on a rajouté une personne qui devait se faire greffer, une greffe rein pancréas, moi je suis pas le service où je fais des pré-greffes. Normalement c'est le XX et le XX (services de chirurgie abdominale), il faut savoir ! Mais du coup il faut appeler les gens, il faut prendre les mesures pour les bas de contention, enfin c'est tous les petits trucs à faire, et si y avait pas eu l'équipe mobile pour m'aider je sais pas comment j'aurais fait. Après, voilà, c'est chez nous ça reste beaucoup, enfin c'est devenu beaucoup plus lourd depuis qu'on a eu les cas de tous les patients greffés, et tous les patients un petit peu les gros cas lourds de gastro-entérologie, on a beaucoup de transferts de X, de X, de X (villes belges) tous les cas hyper lourds qui savent plus gérer et qu'on nous envoie, et ici ont dit oui. Et voilà.

I : Donc toi tu m'évoques d'augmenter le staff infirmier, est-ce qu'il y a d'autres possibilités selon toi? Sur ça sur base des différentes coupures qu'on a fait au niveau du travail ?

R : Bah au niveau de tout ce qui est unité, on pourrait fermer des lits et c'est ce qui se passe. Moins de personnel, on donne moins de patients, ça fait moins de charge de travail. C'est réel, au XX (unité de soins), enfin c'est la pneumologie, c'est un service quand même qui est très très lourd et voilà, ils ont 6 lits en moins, ils ont 18 patients maximum. Ça fait un changement. Moi je trouve que dès qu'on passe à 20, à plus de 20 (patients) je trouve que, vraiment, ça avec la qualité qu'on a aujourd'hui, c'est beaucoup plus compliqué.

I : La qualité c'est-à-dire ?

R : Non la, enfin, c'est beaucoup plus compliqué. Après on va pas se mentir hein, la qualité est de moins en moins bonne hein. Pour moi ils se voilent un peu la face, mais c'est clair que la qualité des soins s'en ressent. On a moins le temps. Ici un patient, enfin, j'ai tellement des gros patients qu'un patient qui est en sevrage alcool, qui est normalement plus léger parce qu'il est autonome, parce qu'il vient sur base volontaire, et que c'est juste, entre guillemets, un sevrage à l'alcool, là j'ai moins de temps. Si tes patients vont moins bien, *je vois qu'ils vont moins bien, je leur demande si ça va, que s'ils ont besoin de moi, je suis là. Mais honnêtement, je sais pas si j'aurai une demi-heure à leur consacrer, alors qu'avant c'est que je faisais. Avant, je pouvais prendre une demi-heure avec un patient qui allait pas bien et discuter avec lui. Maintenant c'est plus possible.* Après, on essaie de trouver un truc, c'est de dire aussi à nos superviseurs que ça va plus, et qu'il faut essayer de bloquer des lits. Donc en fait parfois y a des patients qui rentrent et ils sont isolés comme ça, ça nous fait au moins un lit en moins. Mais c'est toujours cette gestion de l'unité de mettre moins de personnes dans une même unité. À part plus de personnel, et s'il y a pas assez de personnel moins de patients je vois pas comment dans d'autres choses... Parce que, de toute façon, dans l'administratif, ils veulent pas y toucher puisque c'est comme ça qu'ils facturent, c'est comme ça qu'ils (les supérieurs) voient qu'on fait des soins et c'est comme ça qu'ils peuvent dire aux autorités : « Regardez ce qu'on fait, ça justifie le fait que vous me donniez des subventions ». C'est pour ça qu'il y a le Rim (Résumé infirmier minimum, aujourd'hui le Di Rhm) hein. C'est pour ça qu'on nous « tanne ». Mais voilà, moi je ne le fais plus. Je j'avoue, moi pendant le Rim, je fais le moins possible parce que de toute façon ça, enfin, ça fait 5 ans que je suis là, il y en a, ça fait 20 ans, ils ont toujours fait les Rim. Bah le staff n'a toujours pas augmenté, et ça n'augmentera pas, y a pas d'infirmières sur le marché. En tout cas, pas pour les étages (unités de soins classiques).

I : Tu as évoqué l'aide de l'équipe mobile, donc là on reste au niveau des aides infirmières. Est-ce que selon toi il y en a d'autres ? Y aurait-il d'autres ressources qui pourraient vous faciliter le travail ?

R : Il y a toujours l'aide-soignante, mais voilà, après ça peut toujours aider pour changer des patients qui sont compliqués ou qui sont trop lourds pour être seul. Donc après voilà, moi je préfère avoir une aide-soignante que rien du tout. Ici, surtout la nuit, parce que, bah même si le même le soir hein, si elles sont 2, elles peuvent s'entraider pour faire les changes. Tout ce qui est glycémies, elles peuvent les prendre à 2 on peut plus facilement leur demander de prendre des paramètres, ou de reprendre des paramètres. Voilà.

I : Et dans les catégories moins « soins directs au patient » ? Par exemple, téléphone, gestion unité. J'ai été interpellée par la gestion des machines de pharmacie...

R : *Elles n'ont pas accès à la « XX » (armoire à pharmacie sécurisée). Maintenant elle nous demande le badge parce qu'on leur montre une fois et donc du coup, bah. Par exemple, bêtement, une crème pour le siège d'une personne qui est alitée, il n'y a que les infirmières qui ont les accès avec leur badge, donc du coup elle nous demande.* Elles y vont mais voilà, ça dépend de la personne quoi ? Pareil dans la « XX » (autre modèle d'armoire à pharmacie sécurisée), parfois bah il y a des médicaments qu'on n'a pas on doit demander à une autre unité et je demande à mon aide-soignante, je lui montre comment faire. Enfin, voilà chercher des poches de sang et tout ça, maintenant oui, elles le font. Comme prendre les glycémies, prendre les paramètres, faire les anamnèses, elles ne le faisaient pas avant, non. Donc voilà, tout ça a été réellement un gain de temps pour nous, mais elles sont enfin je trouve qu'elles sont pas assez valorisées pour ce qu'elles font en plus. Mais voilà, c'est quand même une aide. Après, elles aident plus, enfin, on a une aide-logistique qui nous aide aussi, tout ce qui est rangement du service. Après c'est toujours personne dépendant hein, donc ça dépend qui travaille, qui veut bien travailler. Voilà c'est les aléas du travail. Comme dans toute société il y a des gens qui travaillent plus, d'autres qui travaillent moins, voilà, c'est comme ça. Et d'autres qui font ce qu'on leur a demandé de faire et ils ont bien raison. Voilà.

I : Et d'autres qui compensent ?

R : Et d'autres qui compensent.

I : Donc en 5 ans, qu'est-ce que tu as remarqué comme évolution au niveau de la charge de travail ?

R : Elle a augmenté, mais moi j'ai connu papier, et en fait le papier nous donnait cette liberté de faire un peu quand on voulait, alors que là on est vraiment... En fait c'est l'heure qui nous dirige, c'est pas le patient. En fait c'est : « qu'est-ce que je dois faire à ce moment-là à cette heure-ci parce que sinon je vais être en retard ». Il y aura une alerte rouge, et puis c'est : « pourquoi est-ce que vous êtes en retard ? ». Il y a vraiment une alerte qui dit : « pourquoi est-ce que le médicament n'a pas été donné en temps et en heure ? ». Voilà, après si on... Parce que maintenant on doit scanner le patient, donc on doit scanner le bracelet du patient, on doit scanner le médicament, enfin l'étiquette qu'on a imprimée la veille hein. Le collègue qu'il a fait pour nous. Mais voilà, on doit tout scanner et ça met du plus de temps. Avant, je me souviens qu'on devait pas forcément scanner mais, enfin, c'était une ligne où on mettait « exécuter tous » (dans l'ancien programme informatique), et on savait par exemple, pour les IH, les sevrages alcool, c'était Befact® (&) Benerva®, c'est des vitamines hop on mettait dans le petit pot et on faisait ça, enfin, c'était beaucoup plus rapide que maintenant. À chaque fois, on doit scanner le médicament, on est un peu des caissières. Non mais c'est vraiment ça hein. C'est vraiment scanner tout, pour la facturation, et je pense aussi que X (hôpital) veut moins perdre d'argent, et je comprends aussi, parce que je pense qu'il y avait énormément de pertes de médicaments, et énormément de pertes d'argent, et je le conçois tout à fait. Comme on va traquer les mini trucs, enfin les boîtes de mouchoirs il faudra les facturer. Ça aussi hein, ça peut aller dans la gestion d'administratif, mais... Un linge il faudra le facturer. C'est 0,20€, il y a des patients je les change 8 fois par nuit ! Enfin, c'est énorme mais voilà.

I : Donc on peut mettre l'informatique en avant ?

R : Ouais, ouais, l'informatique ouais. Oui, le fait qu'on doit toujours plus être rentable et aller toujours plus vite, avec moins de personnel. Et mais, ... Ouais ouais, ... Non, pour moi on est dirigé par des heures. C'est que faire à cette heure-ci quoi. On peut plus prendre d'avance comme avant. Pour moi c'est vraiment ça.

I : Ok

R : Mais faut trouver d'autres choses

I : C'est-à-dire ?

R : Bah on contourne le système. Je veux dire moi un antibiotique, que je sais que je dois donner à 02h00 qui coule en 1/4 d'heure, je vais le donner à 01h30, 01h45 au lieu de 02h00. Je gagne 1/4 d'heure, je gagne du temps mais je l'ai scanné à 02h00 du matin. Voilà.

I : Ok. Alors maintenant, si je parle de charge de travail perçue, comment est-ce que tu la différencies de la charge de travail globale ?

R : Mais c'est subjectif. Après ouais, une, enfin, c'est aussi pour moi plus malléable en fonction de la journée qu'on a. Une journée type, mais il y a des jours où, bah je vais plus faire de soins aux patients que l'administratif parce que j'aurai pas le temps. Pour moi c'est, ouais, moi je vais percevoir une charge de travail, et ma collègue peut-être une autre.

I : Et selon toi, *ça peut être influencé par quoi ?*

R : Ah pour moi enfin, ça, par tout ! Un patient qui va pas bien, qui décompense. TPI qui dit : « Ah bah tiens, je vais faire une mise à jour à ce moment-là, et du coup pendant 2h, bah, je peux plus encoder de soins. *Par le téléphone qui sonne toutes les 5 min* parce que les familles veulent savoir comment ça va, ou ils arrivent pas à joindre le patient parce qu'il a pas son téléphone, il faut aller voir. La famille. La famille qui commence à s'énervier parce que, on comprend pas ce qu'on fait au patient, ils ont pas vu le médecin, comment c'est possible ? Au niveau logistique, y a pas. Il n'y a pas le bon matériel : je dois remplacer un Mid-Line mais y en a pas, donc je dois aller commencer à chercher dans d'autres unités. Je peux faire la même chose dans la robotique hein. Un patient qui arrive pendant la nuit, il y a aucun médicament qui est dans la « X » (distributeur sécurisé de médicaments). Je dois aller chercher un peu partout ailleurs, c'est téléphoner, c'est dire aux autres collègues : « bah oui, il faudrait que tu prennes 5 min pour m'envoyer le médicament », ça prend quand même du temps. Et puis par rapport aux autres intervenants, hein. *Si j'ai 40 fois le médecin qui vient, on change les prescriptions, ou me dit qu'en fait bah voilà il y aura une urgence qui va arriver, c'est un transfert, il faut poser une sonde naso-gastrique, il faut poser une voie une voie périphérique, il faut commencer les antibiotiques. Enfin voilà, je pense que tout peut jouer sur la charge de travail, et on est obligé de s'adapter quoi. C'est dans le fond, pour moi, c'est au niveau des aléas de la journée.* Mais vraiment tout qui peut prendre parfois plus ou moins de place.

I : Donc tout ça, ce sont des éléments qui peuvent influencer plutôt négativement la charge de travail perçue ?

R : Oui

I : Et si on devait mettre en avant des éléments qui peuvent l'influencer de façon positive ?

R : Euh... Enfin si, par exemple s'il y a de l'aide qui vient. Parce que, y a trop. Ou c'est, voilà, si le service était trop lourd, on a fait la « charge de travail » au matin (outil interne pour répartir l'équipe mobile de l'institution), et y a une infirmière en plus, voilà. C'est bien, comme ça elle vient, elle nous aide, je sais pas, à faire toutes les entrées, ou elle prend en charge 1/3 du couloir. Bah divisé en 3 c'est mieux qu'en 2. Le matin parfois, on a une piqueuse qui vient, donc quand on a 12 ou 15 prises de sang, bah, ça fait du bien. Il y a une personne en plus, donc du coup, par exemple, il y a 3 infis et ma chef. Donc du coup, ma chef c'est elle qui va faire tous les rapports, donc pour nous c'est un gain de temps. En fait, je dirais que oui ça influe sur tout, parce qu'on divise la charge de travail, donc c'est un peu mieux. Voilà. Bah après, ouais si les familles appellent moins, ou si c'est pas à nous de gérer le téléphone, ou quand il y a une AIA (aide infirmière administrative) le matin c'est bien, c'est par elle, tout va passer par elle. C'est elle qui prend toutes les entrées, la planification, donc voilà. C'est vrai que quand on a quelqu'un en plus, bah ça divise le travail, donc nous on est moins on est moins chargé.

I : Mais donc pas forcément alors l'aide d'infirmière j'entends, mais ça peut être aussi d'autres types d'aides qui vont favoriser enfin qui vont améliorer la perception du travail à faire quoi ?

R : Oui

I : Finalement, le travail est toujours là...

R : Oui, toujours là mais si, par exemple, il y a ,je sais pas, au lieu de 3 aides-soignants y en a 4, et que bon elle se répartissent les toilettes, mais qu'elles se disent : « avant on va prendre tous les paramètres ». Les paramètres, moi je trouve ça génial quand c'est fait, parce que au moins on a ça en moins, ou elles prennent les glycémies ou quoi, nous on a juste à rentrer prendre les PerOs, en fonction s'il y a besoin de la de la tension, et ça avance déjà le travail quoi ? Arès voilà, une aide logistique en plus voilà, je vois pas moi, je vois pas en quoi elle peut aider plus que une déjà. Moi ça va pas impacter mon travail.

I : Ok. Alors, si on repense à ta dernière journée de travail, où tu étais particulièrement épuisée, journée ou nuit, particulièrement sous tension à la fin de ton service, est-ce que tu sais me dire les éléments qui ont influencé négativement du coup ta charge de travail ton encore une fois ta charge de travail ressentie ? Qu'est-ce qui a pesé vraiment très lourd qui t'a rendu très énervée ou très épuisée ?

R : Pendant ma nuit ou ... ?

I : Oui donc à la fin de ton shift, où c'était vraiment très, très lourd, quels sont les éléments qui ont alourdi la perception de ta charge de travail ?

R : Moi j'ai eu vraiment un manque de reconnaissance, de l'infirmière-chef de l'équipe mobile. Parce que donc c'est le jour où je devais avoir 4 personnes à 08h00 et on m'a dit : « Ah oui, voilà, on avait déjà réservé une place pour une patiente pour la greffe » et je lui dis : « oui mais bon enfin moi c'est déjà hyper lourd, j'ai des patients qui vont pas bien ». Elle me dit : « oui mais bon enfin, c'est bon, t'auras quelqu'un qui vient ». Je dis : « oui mais nous, déjà, on est en IFIC14 » (système de barème pour les salaires hospitaliers). Bon je sais pas si tu sais au niveau IFIC 14 et IFIC 15 (application de barèmes différents selon le type d'activité dans les services), et c'est pas nous qui devons normalement m'en occuper, c'est le XX-XX ou le XX

(unités de soins). Malheureusement, tous les services étaient pleins. Et ben oui mais moi, je suis moins payée qu'une autre personne pour préparer une patiente, elle me dit : « oui mais c'est que la préparer », comme si c'était pas grand-chose. Et vraiment sur le coup, j'étais énervée parce que je voulais juste qu'elle me dise : « ok je comprends que ce soit plus lourd, je te donne les ressources, mais je peux faire que ça moi ». Et je trouve qu'elle a minimisé un peu ce que je devais faire par rapport à cette personne. J'avais envie de dire : « viens t'en occuper et après on verra ». Mais voilà, elles étaient, il y avait 2 infis en plus avec moi, parce que y avait une personne qui allait pas bien et il fallait faire une prise de sang, un autre patient qui était confus, il fallait aussi la préparer elle, la patiente pour la greffe, il y avait une patiente qui fait une hémorragie. Enfin je veux dire, il y a un moment donné, dit juste : « OK, d'accord je conçois que ce soit compliqué », et voilà. Mais pas minimiser ce que, ce qu'une patiente fait en plus, parce qu'en fait je trouve que parfois, on voit que la patiente qu'on va te mettre, on voit pas tout le reste autour, et ça c'est vraiment énervant. Je trouve qu'on voit pas assez le travail qu'on fait en global. Ça, ça m'a vraiment énervé. En plus de tout ce qui avait, vraiment. Ouais, c'était ma dernière nuit, de 7.

I : Oui en plus.

R : Ouais. Et voilà, j'en ai parlé à ma chef. Elle m'a dit : « oui je comprends, c'est pas normal. On doit pas, ces greffes-là, c'est pas à nous de les avoir ». Et puis, on prend tout, et je comprends, c'est comme ça. Il y a un lit, il doit être pris. C'est un fait, je suis d'accord avec ça, mais me dire que c'est pas grand-chose, c'est qu'une patiente en plus, non, non !

I : Donc là, c'est... Comment est-ce que je pourrais l'appeler ? C'est plus un manque de reconnaissance du travail qui est fait ? C'est ça qui t'a pesé le plus ? Enfin pas reconnaissance, parce que c'est peut-être un peu trop fort mais un manque de considération ?

R : Considération, oui

I : Par rapport à ta réalité de travail, et qu'on te rajoute quelque chose qui, selon la personne, c'est anodin alors que pour toi, c'était encore une charge supplémentaire ?

R : En fait, m'en rajouter voilà, il y a une place de libre, il y en a pas d'autre dans d'autres services, je comprends. La patiente elle doit revenir pour une greffe c'est génial pour elle, c'est comme ça. Mais, enfin, en plus c'est des anciennes infirmières (IC équipe mobile), donc je comprends pas. Enfin... Au moins dis-toi : « oui ok c'est un patient, ça a été la nuit a été rude, ok ». Et ce IFIC 14, IFIC 15, ça n'arrange rien. Parce qu'en plus, nous on fait de la gastro-entérologie, au XX aussi. Nous parce qu'on a des sevrages alcool qui sont jugés « patients faciles », on n'est pas passés IFIC 15. Je veux bien, voilà, économiquement c'est pas possible. Il y a plein de choses, mais c'est encore des choses qui font que, on est pas reconnu. Même au niveau salarial, on nous dit pas c'est bien ce que vous faites. Oui, on nous pond une prime oxygène, je sais pas si t'en as entendu parler, qui va encore pas compter pour notre pension, qui compte pas pour nos primes, qui compte pas quand on est malade. Et nous, si on est malade, notre prime elle diminue graduellement en fonction de notre pourcentage de maladie. Enfin, c'est tout ça qu'ils font... *Comment voulez-vous que les gens restent dans les dans les étages IFIC 14, et en plus bah ils ont augmenté en IFIC 15 la dialyse, ils ont augmenté, je pense, au niveau, tout ce qui est médico tech(nique) gastro. Enfin, là ils ont de l'argent alors*

qu'ils nous disaient : « oui, c'est impossible pour nous de faire plus » mais tous les mois on apprend toujours qu'il y a des services en plus. C'est très bien pour ces services-ci, mais à un moment donné s'il y a plus personne dans les étages on comprendra pourquoi. Et après je dis pas pour les IFIC 15 qu'ils doivent pas l'avoir hein.

I : Oui oui oui, je comprends. Ça manque de cohérence quoi.

R : Oui ! On nous a dit : « vous valez moins que d'autres, parce que quand on lit l'IFIC 15, que IFIC à donner, tout le monde rentre dedans, vraiment tout le monde. Mais c'est juste X (l'hôpital) qui a été chercher, avec IFIC, des petits points hyper spécifiques pour que les services qui les arrangeaient passent en IFIC 15 et voilà. On nous a jamais, hein, dit par mail ou quoi que ce soit, des feuilles comme quoi de la dialyse, les médico-techniques de gastro passent en IFIC 15. Y a personne qui nous a dit ça. C'est parce qu'on se parle entre nous, et surtout la nuit, oui. Moi je, enfin, on parle avec, au XX (unité de soins), il y a l'équipe mobile qui vient. On se parle en plus chez nous il y a S., enfin il y a une infirmière qui est dans le syndicat, donc du coup elle participe à ces réunions-là, donc voilà. On a un peu plus de feedback et aussi, on est un peu plus soutenu au niveau syndical, et ça c'est bien.

I : Et au niveau de la hiérarchie directe, avec l'infirmière-chef ?

R : *Moi avec mon infirmière-chef, heureusement qu'elle est là sinon il y aura enfin moi je serais déjà partie.* Pour la souplesse des horaires surtout et que oui, elle laisse faire enfin moi je peux faire 7 nuits, faire une journée de repos, et faire le week-end c'est pas grave donc tant que je les assure, pour elle, voilà, elle me met ce que je veux. Et donc je peux, là j'ai fait 7 nuits, je suis 10 jours en congé, y a pas de problème. Et voilà, *c'est aussi une chef qui me soutient, elle est ouverte, elle comprend les choses. Ça serait une autre chef, je pense que, il y aurait plus de XX (unité de soins).* Voilà.

I : Écoute, moi j'ai fait le tour de mes questions. Est-ce que pour toi il y a quelque chose qu'on aurait pas abordé, que tu voudrais rajouter ?

R : Je sais pas, à part qu'il faudrait valoriser notre métier. Franchement. Déjà juste la pénibilité. J'aimerais bien que, juste de pouvoir partir plus tôt, je sais pas moi, je me vois pas partir à 67 ans, en train de changer des gens ou les mettre sur une table, courir partout, non. Enfin voilà, on essaie de créer des nouveaux métiers là, avec moins d'études, enfin moins de d'années d'études, mais les mêmes compétences. Ça c'est aussi détériorer la qualité des soins, encore plus, parce que je trouve que, allez, on a quand même une expertise de savoir quand est-ce qu'un patient va foirer, enfin moi je le sens. On le sait, c'est comme ça. Mais voilà, est-ce que avec des aides infirmières ou quoi, ça va pas se détériorer ? Mais je pense que oui, plus tard, il y aura que des aides-soignantes il y aura une infirmière qui va gérer l'ordinateur et voilà, donner ses ordres. Pour moi ce sera ça, littéralement, on va plus rien faire. Il y aura des aides-soignants qui font les soins de confort, tout ce qui est paramètres et tout ça, et puis il y aura des aides infirmières qui vont piquer qui vont mettre les antibiotiques, mais y aura plus cette prise en charge globale que l'infirmière peut faire, elle sera derrière son ordinateur comme un médecin en fait. Elle sera là, elle pourra, pour moi, elle pourra, enfin, prescrire des petites choses et tout ça voir avec le médecin si tout est OK, et le médecin validera aussi via son ordinateur. Et ça se voit hein, maintenant, moi j'arrive plus à avoir les médecins par chat

que par téléphone ! Et voilà, je pense que on va finir comme ça, et qu'il y aura de plus en plus d'erreurs, il y aura plus en plus...

I : Donc c'est pas un regard positif que tu poses là-dessus ?

R : Non ! Ah non pas du tout. Si ça change pas, pour moi non. *Notre profession, oui on va devenir des bureaucrates. Ouais. C'est triste hein, j'aurais bien aimé être comme avant et me dire, ouah, ça va être super, je vais pouvoir passer du temps avec mes patients, discuter.* C'est plus possible. Et les patients deviennent beaucoup plus, enfin, plus lourds, enfin, ils sont, ils ont toujours des comorbidités tout le temps. Voilà, j'aime toujours ce que je fais hein, mais j'aime pas le métier que devient le métier d'infirmière. Voilà.

I : Par rapport à la lourdeur des patients ou par rapport à tout ce qui a autour finalement ?

R : Tout ce qui est autour ouais, tout ce qui y a autour. Et je, enfin, de ce que je vois de Saint Luc, c'est qu'en fait y a pas de communication. On sait pas ce qui se passe en haut, ils savent pas ce qui se passe en bas, il y a un plafond de verre. Et j'ai l'impression qu'ils arrivent pas à voir la réalité du terrain, jusqu'au moment où, bah oui, là ils doivent fermer des services. Au 7^{ème}, je sais pas si tu sais mais, le XX (unité de soins) a fermé aussi pour aller au XX (unité de soins) donc en neuro/néphro. Donc il y a aussi de la colonne là-bas et de la neurochir, et je suis sûre que le XX ne rouvrira pas. Le XX on est de moins en moins bien au niveau personnel. Il va y avoir quelque chose qui va se passer, et il y a de nouveau un, à mon avis, une de nos 2 unités qui va fermer. Parce qu'au XX ils ont aussi fermé des lits, enfin. Donc voilà. Quand est-ce qu'ils vont comprendre, mais pour moi, c'est déjà trop tard. On fonce dans le mur, mais on sait pas à quelle vitesse on va foncer dedans. C'est très pessimiste, hein comme vue mais ...

I : Effectivement un peu pessimiste

R : Mais je, je vois pas comment on on peut aller mieux. Surtout aussi avec, enfin, il y a beaucoup de choses hein, c'est aussi... Ça devient plus lourd. La prise en charge des étudiants, parce que j'étais infirmière référente, et j'ai vu le changement. J'ai plus le temps ! J'ai plus le temps de leur dire : « tiens allez viens tu fais de A à Z », hop. Le week-end, oui c'est possible, et encore quand c'est léger, mais maintenant, c'est plus possible. C'est trop lourd les week-ends !

I : Et pourquoi ?

R : Parce qu'on est moins ! On est que 2 infis pour tout le service le matin, 2 infis le soir, avec autant de patients, autant de prises de sang. Nous les dimanches, on remplace les pansements de voie centrale. Enfin, tout ce qui est gros pansement on les fait plutôt le dimanche comme ça le lundi ils sont tranquilles. Et voilà, ça alourdit aussi la charge et on est que 2. Donc voilà, mais je trouve que oui, les étudiants on nous demande, hein, un peu de les cajoler, que ce soit pas trop dur, de faire attention à eux. Mais c'est pas la réalité du terrain ! C'est que c'est dur le terrain, c'est ... voilà.

I : On n'a pas parlé des étudiants, tu mettrais ça où ?

R : C'est vrai. Ah, parce que ça c'est une charge hein ! Ça ! Qu'est-ce que je pourrais prendre ? (Elle réfléchit). Parce que pour moi ça prendrait au moins, ... Parce que j'en prends plus, parce que c'est le matin (que les étudiants sont là), et j'en prends plus souvent. C'est pour ça que, c'est vrai, j'en ai pas parlé. Mais ouais, je pense que c'est, au moins, un bon 20%. C'est 20% ou 10% (un quartier du camembert) ? Alors au moins un 10 ! Ouais, pour moi, ça irait peut-être dans le 6 en mangeant un bout du 7 quoi.

I : Donc tu enlèverais une partie de ce qui est quand même logistique et tout ça ?

R : Bah oui parce que moi je le fais pas tant que ça. Enfin, ça me prend pas non plus 1h hein. Voilà, ça me prend du temps, mais voilà, quand je vais, enfin, quand je me déplace dans le service, je vais ranger 2-3 trucs. Et comme je fais mes prépas de médocs, je range des trucs. C'est plutôt j'essaie d'être plus efficace, mais ouais, c'est vrai que je le mettrais plus là.

I : Ok. Parfait.

R : Voilà, mais ouais, c'est vrai que, et c'est pas de leur faute, mais des étudiants c'est pas très dégourdis quoi. Non ? Enfin, c'est vrai. Non mais, voilà, ils sont plus lents, et c'est normal, c'est normal mais c'est agaçant. Parce que, moi j'ai, enfin, ... On a plus le temps de prendre le temps. On n'a plus ce temps-là de dire : « OK, il faut diluer un antibiotique ». Mais quand tu mets 1/4 d'heure pour diluer un antibiotique, et qu'il y en a 5 qui suivent, tu te dis : « bon je commence mon tour, il est 9h », mais c'est pas possible. C'est pas possible. Maintenant ce qu'on dit, c'est qu'après le rapport, bah : « vous allez diluer les antibiotiques » comme ça on est sûr qu'à 8h on peut, à peu près, commencer. Mais oui, faire une prise de sang pour être à côté pendant 1/4 d'heure, et qu'ils sachent pas... Faire un pansement de drain pendant, pareil une demi-heure, le temps de bien mettre ... Mais voilà, je comprends, ils doivent apprendre. Mais c'est juste que, s'il y avait une infirmerie en plus, pour diviser, pour moi ce serait mieux.

I : OK. Merci pour ta participation

soins invariants soins confort soutien φ + étudiants (6)	administratif ↳ TPI (4)	téléphone gest° uniti (5)	gest° famille (3)
gest° service longem. $\pm$ (4) logistique	(1) gest° pharmacie + robotique (médic. médical)	≠ rapports (2) avec ≠ intervenants	

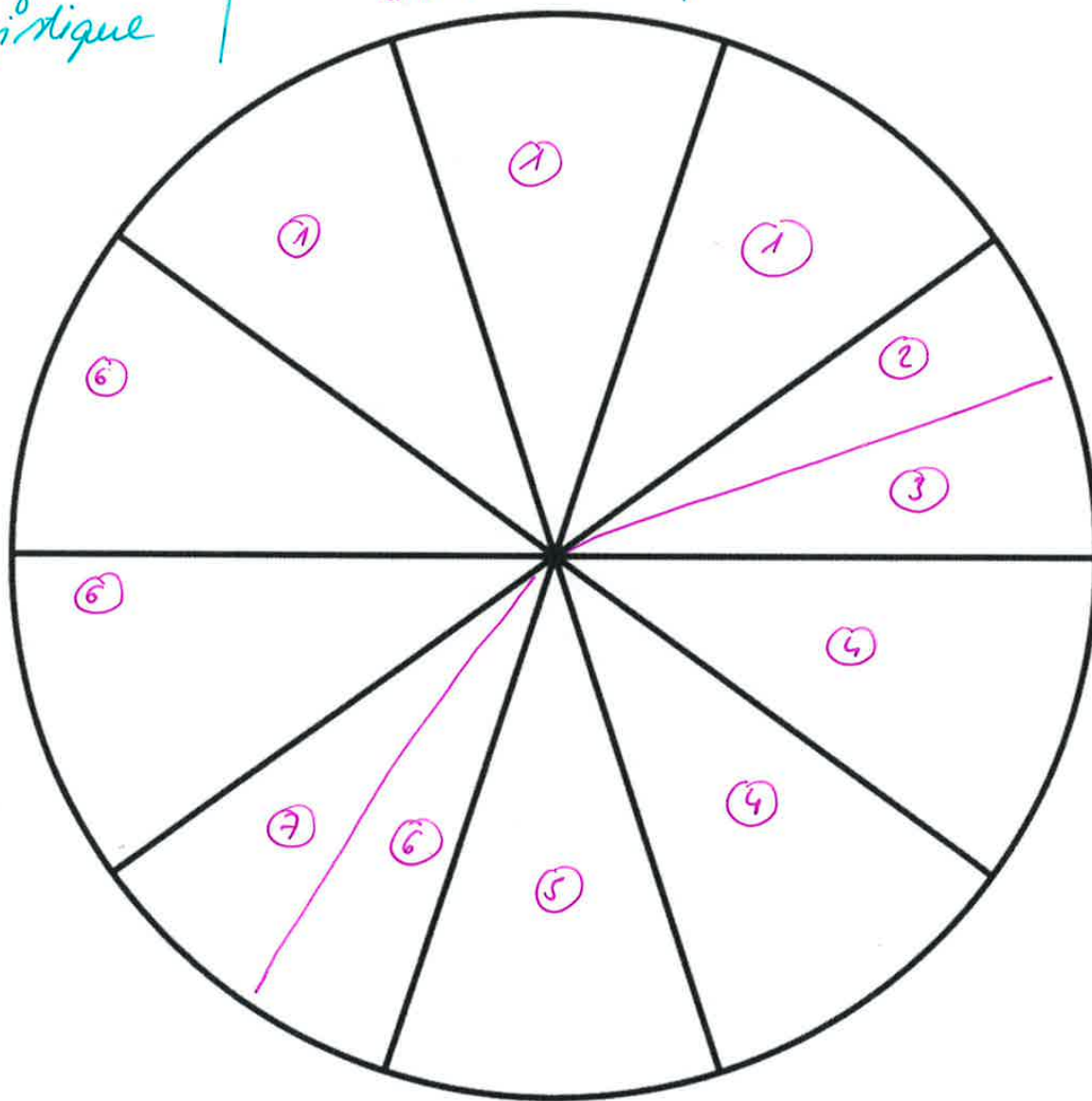


Diagramme en camembert. Entretien n°2

Annexe 6

Retranscription Entretien n°3

Interviewer (I) : Bonjour. Comme je te l'ai expliqué, mon travail de recherche porte sur la charge de travail perçue des infirmières, qui exercent dans un milieu hospitalier. Et le but est de mettre en évidence des éléments objectifs qui pèsent sur cette charge de travail. Comme je te l'ai dit je vais retranscrire l'entretien pour pouvoir l'analyser par la suite, et je le rendrai anonyme, on ne saura absolument pas t'identifier.

Est-ce que je peux commencer par te demander de te présenter rapidement, toi et ton parcours professionnel.

Répondant (R) : Très bien. Alors je m'appelle A. Je suis infirmière depuis 11 ans maintenant. Quand je suis sortie de l'école j'ai commencé tout de suite à travailler dans l'équipe mobile à l'hôpital. C'est là que j'ai passé toute ma carrière, donc ça fait 11 ans.

I : Et toute ta carrière avec quel temps de travail ?

R : Alors j'ai été à 100% et puis à 80% après avoir eu mes enfants.

I : Actuellement toujours à 80% ?

R : Oui c'est ça.

I : Est-ce que tu sais me décrire une journée type de ton travail en tant qu'infirmière « mobile » ?

R : Ben on, la plupart du temps on est donc, on reçoit notre horaire, on est, la plupart du temps, déjà « réservé », c'est à dire que nos horaires sont affichés pour les chefs d'unité et donc on sait pratiquement tout le temps où on va en avance, mais on a 20% je pense, de notre temps de travail où on est « XX » (code particulier où l'équipe mobile est attribuée dans une unité le jour-même en fonction des besoins dans les différents services). Et où là on va au +1 chez nos chefs et on nous donne notre affectation le matin même. Donc je me présente dans l'unité. Avant, au début de ma carrière, souvent on était en plus. On aidait en plus l'équipe mais, au fur et à mesure du temps, étant donné qu'il y a de moins en moins d'infirmières, enfin, maintenant, on est toujours là en remplacement. Donc on suit le rapport de l'infirmière de nuit, avec toute l'équipe. Et puis, on nous attribue une partie de couloir. Euh, à un moment c'était le diviser en 3 et maintenant c'est divisé en 2. Donc on démarre notre tour infirmier vers 07h30 07h40. Donc là on prend, ben, les paramètres de chaque patient, on donne les médicaments PerOs ou les IV, on fait les glycémies. C'est la première partie de la matinée, donc pour à peu près 15 patients, paramètre, PerOs, IV, glycémie. On termine le tour du matin vers plus ou moins 09h15 - 09h30, et puis on fait le rapport médical. Donc là on rencontre donc, généralement, les assistants. On fait donc un petit rapport de ce qui s'est passé la nuit, on parle, on leur donne les paramètres qui sont problématiques, ce qu'on a vu du matin en passant et en fonction de ça, bah voilà, ils ajustent les traitements, ils nous disent un petit peu ce qu'on va faire, et si le patient doit être transfusé, s'il y a des choses en plus à faire que la charge de travail de base. Une fois que on a clôturé donc le rapport avec le médecin, on se lance dans la 2e partie des soins, c'est à dire pansements, chimio, transfusions, voilà toute la

2e partie qui va nous prendre toute la matinée jusqu'à plus ou moins 12h00. On va redémarrer le tour du 12h00. Voilà là-dedans si on a de la chance, on fait une petite pause de 15 min. Ensuite ben tour du 12h00. Là, pareil. Traitements de 12h00, glycémie avant le repas, de nouveau, s'il y a un 2e antibiotique, s'il y en a qui ont les antibiotiques 6 fois par jour oui 12 16, ben on remet les antibios à ce moment-là, et on clôture éventuellement les transfusions, les chimios, et cetera. Une fois que le tour du 12h00 est clôturé, ben on a ou pas notre pause du 12h00. Et puis on enchaîne avec le rapport aux infirmières de l'après-midi, donc qui arrivent, qui commencent à 13h21, mais on commence le rapport à 13h30 et de là, de 13h30 à 14h00 c'est le rapport. Et puis pour les, à 14h00, donc c'est les infis de l'après-midi qui prennent le relais pour les tours, et nous on clôture ce qu'il y a plus ou moins à faire de nouveau, s'il y a des patients qui sont arrivés, des urgences, des entrées prévues, si il reste un pansement ou l'autre qu'on a pas eu le temps de faire, si il y a un traitement qui a été entamé le matin qui doit se poursuivre, c'est une chimio avec plusieurs produits, on l'a commencée on la termine, donc voilà. On clôture ce qu'on a pu être fait ou on entame les nouvelles choses pour aider l'équipe de l'après-midi jusqu'à 15h00. Alors voilà ça c'est une journée type.

I : Ok, ça c'est valable pour l'horaire du matin. Est-ce que, si on découpe une journée de travail en termes de tâches, donc les soins aux patients tous les « à côté », est-ce que tu veux préciser certaines choses en fonction du shift, ou pour toi ça reste, même si les schémas sont pas forcément les mêmes en termes de tâches et de responsabilité est-ce que pour toi il y a des choses qui varient ?

R : En fonction du moment de la journée ? Quand on est sur l'équipe du matin, ben ce qu'on a en plus, c'est tous les pansements. Voilà, l'après-midi, normalement, sauf si on a des pansements qui se font plusieurs fois par jour, on a plus cette partie-là. Après, en fonction des services, parce que voilà, dans l'équipe mobile, ça change fort d'une unité à l'autre, bah des unités où les entrées vont se faire plus début d'après-midi, d'autres plus le matin et alors là, oui ça change un peu la donne mais je dirais que voilà le côté en plus du matin, c'est les pansements et tout ça, parce que l'après-midi on va avoir tout autant de chimio, de transfusions, et d'entrées, et cetera. Mais on est moins, donc ça s'équilibre un petit peu, je dirais.

I : Ok. Quand j'évoque la notion de charge de travail, pour toi qu'est-ce que ça représente ?

R : Qu'est-ce que ça représente ? Ben, c'est, c'est assez vaste hein ! Je dirais la charge de travail, ben le nombre de patients, en fonction du nombre d'infirmières qu'on est. Puis après, ben la lourdeur des patients, patient dépendant, physiquement pas dépendants la fragilité des patients en fonction des types de services. En onco(logie), ben on sait que voilà tout le monde est très fragile, et tout le monde est à risque, hyper fort, d'infection. Tout le monde a des traitements lourds. En fonction des services aussi, beaucoup d'IV, ou pas. Il y a certaines unités où tout le monde est sous antibiotiques, tout le monde, tout le monde, tout le monde. Donc ça implique beaucoup de dilutions, beaucoup de préparation. Voilà, en étant dans la mobilité, en fonction de chaque service, c'est bien évident, mais je dirais le nombre de patients, la dépendance physique. Le fait qu'ils vont énormément sonner ou pas parce que, ben clairement, ils savent rien faire tout seul. Leur fragilité, ben voilà, quelqu'un qui est en

traitement, qui va devoir être transfusé X nombre de fois, qui va certainement chauffer, qui a beaucoup d'IV. Voilà ça c'est les, je dirais, les gros trucs, les gros points.

I : Ok. Dans la littérature, ce qu'on lit beaucoup c'est que les soins aux patients sont distingués entre les soins directs et les soins indirects. Qu'est-ce que toi, comme ça, sans spécialement savoir, qu'est-ce que tu mets derrière l'un, derrière l'autre ?

R : Soins directs, je dirais ce qui est évident, faire une prise de sang, faire un pansement, faire une transfusion, faire voilà, ces choses-là. Soins indirects, ça va être le temps que ça va prendre, peut-être l'éducation aux patients, le soutien, les gens qui sont en fin de vie, tout ce qu'on ne voit pas. Le temps qu'on passe à côté d'eux, c'est peut-être plus invisible je dirais. Moins quantifiable. Parfois on a des gens, entre guillemets, biens, sur leurs 2 pieds, mais qui vont nous prendre un temps fou parce qu'ils sont hyper anxieux, et qu'il faut tout leur expliquer, et qu'il faut vraiment rester avec eux. Ou la patiente qui vient faire une chimio, entre guillemets, simple mais c'est sa première chimio. Il faut prendre le temps, c'est la première fois qu'on lui pique son Port-a-cath®, et bah, il faut tout lui expliquer. Alors que le patient à côté, c'est peut-être une chimio de 5 produits, mais c'est sa 15^e, mais il connaît et on peut enchaîner. Voilà. *Le suivi des familles, ça c'est vraiment aussi quelque chose, qui ne se quantifie pas du tout.* Quand on a des fins de vie, on a beaucoup de fins de vie quand même à l'étage, et pas enfin on n'envoie pas tous les patients en palliatif. Et ça, ça prend énormément de temps. Quelqu'un de jeune qui est en train de décéder, on peut pas rentrer dans la chambre et s'enfuir, même si, concrètement, on ne fait pas grand-chose. Il y a une pompe à Morphine® qui tourne, une pompe à Dormicum®, il y a plus beaucoup de soins mais pourtant ça prend beaucoup de temps.

I : Est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles tu penses ? D'autres soins qu'on pourrait classer de soins indirects, qui peuvent influencer ton travail sur la journée ? Entre 2 soins ou...

R : Je sais pas, peut-être la petite aide, entre guillemets, au quotidien. Tous ces gens un peu dépendants, qui sonnent tout le temps pour être réinstallés, pour, voilà et il leur faut quelque chose dans le frigo, il faut les changer, il faut... Voilà, c'est pas forcément... Y a des gens très demandeurs, et voilà, ça on le, on ne note pas quoi, à longueur de journée, que cette personne a sonné, parce qu'elle sait pas attraper ci, parce qu'elle a besoin d'être remontée, parce que, voilà.

I : Par rapport à ce qui est décrit, c'est que les soins directs ce sont tous les soins, tout ce qui a un lien avec le patient que ce soit au chevet du patient, ou même...

R : (me coupant) à l'ordinateur.

I : Oui. Qui sont directement liés aux patients. Donc la discussion que tu vas avoir avec le médecin, tout ça ce sont des soins directs. Les soins indirects sont plus de l'ordre de la gestion du service...

R : Le rapport avec tous les gens, les kinés, les logos, les diet(éticiens), et cetera ?

I : Euh oui, encore une fois y a la différence entre avoir le matériel nécessaire et la discussion que tu vas avoir auprès, enfin, au sujet d'un patient. Ça c'est direct, alors que le reste est

indirect. Et donc, l'idée c'est aussi de pouvoir tenir compte de cette charge de travail là et je sais pas si tu as un avis là-dessus.

R : Je sais pas, c'est pas clair pour moi. Indirect. Dès qu'on parle du patient, c'est direct ?

I : Oui.

R : Même si c'est avec quelqu'un d'autre ?

F : Même si tu n'es pas à côté du patient, même si tu n'es pas à son chevet, le temps que tu vas prendre pour le rapport que tu vas faire au médecin, ça fait partie de ta charge de travail en soins directs. Par contre, imaginons que tu aies besoin d'un médicament, que tu ne l'as pas, et voilà... Ben ça ce sont des soins indirects.

R : Alors ça, c'est vrai que ça, mais c'est vraiment des parasites. La pharmacie, et tout ce genre de choses-là. Oui alors *c'est vrai que, maintenant avec les « X » (distributeurs sécurisés de médicaments), ça aide quand même*. Euh je dirais que ça *c'est toujours comme tout, il y a du positif, du négatif. Il y a des choses qui prennent beaucoup plus de temps, devoir tout scanner, ça c'est une perte de temps inimaginable, mais c'est vrai que le fait que tout soit à disposition c'est plus simple*. Et, normalement, il y a plus ce problème de réapprovisionnement, comme on avait avant, par la pharmacie. Parce qu'ils réapprovisionnent automatiquement la machine. Mais comme tout, *il te manque quelque chose, tu dois, ou le médicament n'est pas dans ton truc, et tu dois trouver un autre service qui te le prête, etc. Tout ça, clairement, c'est ... Est-ce que c'est une charge de travail ? C'est clairement un truc qui, ouais, qui te fait perdre énormément de temps, ça c'est sûr. Dans une journée, normale ça va, dans une grosse journée, c'est vraiment le genre de truc qui te mettent, qui te mettent dedans quoi*. Clairement oui. *Tous ces parasites-là sont, je dirais que ça c'est lié vraiment à la fonction d'infirmière hein. On est hyper centrales, tout passe par nous, toutes les professions, tout revient autour de nous*. Et, quoique le patient ait besoin, c'est nous qui devons le trouver. Et donc, clairement, mais ça c'est inhérent je pense à la profession, c'est un gros... Enfin c'est pas un problème, c'est comme ça. Les gens ont besoin d'énormément de choses, et que c'est toujours nous qui devons le trouver. Maintenant, voilà, X (programme informatique du dossier patient), et toutes les installations qui sont faites, ils ont du bon, ils ont du moins bon. Ils vont te faire gagner du temps dans certaines choses, ils vont t'en faire perdre dans d'autres. Plus qu'avant ? Non, je dirais de manière équivalente quoi. Voilà.

I : Autre chose ?

R : Je ne sais pas, pas comme ça.

I : Maintenant je voudrais que tu imagines découper toutes les tâches, donc il y a toutes les tâches donc tu m'as parlé, sur une journée de travail. Je voudrais qu'on rassemble, ben par exemple, les soins directement auprès du patient, ses pansements, ses injections... Que l'on prenne ça comme une catégorie, et que, du coup, tu imagines toutes les catégories de ce que tu fais sur une journée et que tu les répartisses en pourcentage. Et ça j'aimerais bien que tu le fasses sur un petit camembert. Maintenant tu peux prendre un peu de temps pour réfléchir aux différents...

R : Directs et indirects ?

I : Euh, il ne faut plus tenir compte que des catégories directes et indirectes. Ce qu'il faut, c'est...

R : des catégories de soins ?

I : Oui, comment, toi, est-ce que tu diviserais pour mettre dans un paquet, les soins auprès du patient, sans tenir compte de mon histoire de soins directs et soins directs, donc les soins auprès du patient, et ce que toi... Comment toi, tu vois les différentes choses que tu dois gérer sur ta journée, en termes de responsabilités.

R : D'accord.

I : Je ne vais pas te montrer celle des autres, comme ça tu ne seras pas influencée... Alors, j'ai plein de couleurs différentes. Tu fais tout comme tu veux, tu peux barrer, refaire. On considère que c'est 100% (le camembert entier). Et donc c'est divisé en 10, et tu mets le pourcentage en fonction du temps que ça te prend sur ta journée de travail.

R : OK. Ben j'aurais tendance à dire, à première vue que le temps vraiment auprès du patient en termes de soins je mettrais 50%. Voilà. Je mettrais 20%, allez ouais, je mettrais 50, auprès du patient. Je mettrais 20% d'informatique et remplissage de dossiers et autres. Hors période RIM (= Di Rhm), en période RIM, ça devient 40 on va dire. On va dire 20% de ça (informatique), 20% de gestion de petites choses et autres, téléphones, appeler à gauche à droite, la place pour le transfert dans telle unité, trouver le médicament, trouver tel truc. Je dirais 10% de transmissions. Voilà, globalement. Je te colorie le bazar ?

I : Soit tu colories, ou tu mets des couleurs différentes, tu fais comme tu veux.

Et du coup, dans les soins au patient, tu mets aussi les échanges avec les autres métiers ?

R : Non, là je vais dire que, clairement, au chevet du patient.

I : OK.

R : Ici, dossier. De manière générale, hein.

I : Dossier de manière générale, c'est que les dossiers des patients ?

R : Oui. Ici, comment est-ce qu'on va dire ça ? Chipotage quoi, téléphone, organisation, qui rentre, qui sort, lui il va partir, on va reprendre qui, on va... L'organisation globale.

I : Organisation, gestion du service quoi ? Et répondre quand même au téléphone ?

R : Oui

I : Et alors ton problème de médicament qui n'est pas disponible, que tu dois appeler un autre service, tu mets ça là-dedans aussi ?

R : Oui

Ici, transmissions je dirais entre infis, et au médecin quoi.

I : Ok. Et les familles ?

R : Ça, pour moi, je mets ça dans les soins au patient.

Ça, pour moi, je dirais que c'est ce qui est directement dans les chambres.

I : Ok

R : Tout ce que je fais vraiment en chambre, que ce soit mon tour, les pansements, les chimios, ou le temps que je vais passer à parler au patient, parler aux familles, voilà.

I : Téléphone aussi du coup ? Si ça des familles ?

R : Ouais. Si c'est téléphone aux familles dans le bureau aussi. Tout ce qui est pas dans les chambres, tu vois ?

I : Ok.

R : Dans ma vision des trucs.

I : Euh, je rajoute un point, les étudiants ?

R : Oh mon Dieu. Organisation et gestion du service, oui, oui dans les 20%. Oui bon, oui tu l'as toute la journée, c'est 100%, mais...

I : Imagine que la gestion d'un étudiant, qu'on l'isole. Qu'est-ce que ça représente sur ta journée de travail ? 100% c'est ta journée de travail complète, qu'est-ce que la gestion de l'étudiant va représenter sur ta journée ? Est-ce que, du coup, tu l'inclus quand même dans ces 20% là ?

R : Ouais, je vais l'inclure là-dedans. Je peux l'inclure là-dedans, ça reste suffisant, parce que, honnêtement, au vu de la charge de travail qu'on a actuellement, je fais ce que je peux, mais si j'ai trop, il doit me suivre. Donc il va il va être là, mais je vais pas, si j'ai 5 chimios, 4 transfusions, et que j'ai 3 rentrées qui arrivent, je vais pas détailler chaque geste que je fais. Je vais m'adapter. Dans une journée plus calme, je vais prendre plus de temps. Mais dans une journée normale, full, il faut qu'il suive le mouvement. Je vais lui expliquer rapidement, mais je vais pas prendre tout mon temps pour l'étudiant, donc je vais pas faire comme si ça me prenait toute ma journée. Non, je vais aller aux priorités, je fais les soins, et il faut qu'il y ait quelqu'un de réactif derrière, qui puisse suivre le mouvement.

I : OK. Parfait. Donc on reste comme ça ?

R : Oui

I : OK. Très bien. Si tu veux revenir dessus par après, il y a pas de souci, hein. Est-ce que selon toi, tu disposes des ressources nécessaires pour effectuer tout ça ?

R : Absolument pas ! Non pas du tout !

I : Et donc ?

R : En quoi est-ce qu'on n'a pas les ressources ? Ben, je pense que...

I : Qu'est-ce qui manque, qu'est-ce qu'il faudrait ?

R : Je pense que des choses, *la base de tout ça, c'est le nombre d'infirmières par rapport au nombre de patients*. Voilà, tout simplement. On va de moins en moins, on sait que, au-delà de 5 patients, je crois que la mortalité augmente de 30%. Quand on est en après-midi, qu'on en a 15, voilà, je pense que les chiffres sont assez parlants. Bon, première chose, on est clairement pas assez d'infirmières par rapport au nombre de patients. Ça soyons clairs, *une infirmière pour 15 patients, même en faisant le minimum syndical, on s'arrête pas !* Voilà, donc, ça c'est une évidence. En termes de moyens, oui on a le nombre de PC qu'il faut. Parce que, on a, oui, on a le nombre de tensiomètres qu'il faut, tout ça, l'informatique et tout ça c'est quand même plus ou moins à disposition. Les chariots de pansements, tout, je vais pas dire qu'on manque de ça. On manque de l'humain, on manque de bras, tout simplement. *Quand on apprend que quand on fait une transfusion, on doit prendre les paramètres après 5 min, après 10 min, après 15 min, mais qu'on a 5 transfusions en même temps, dans notre partie de couloir, plus 3 chimios en même temps, euh et les urgences qui nous harcèlent pour faire remonter quelqu'un. Mais c'est juste pas, humainement pas faisable*. On sait pas être à 6 endroits en même temps, donc c'est juste pas possible. Voilà, et la nuit quand elle est seule pour 30 patients, là j'en parle même pas ! C'est assez évident je pense.

I : Tu dis qu'il faudrait des... Qu'il manque de bras... ?

R : D'infirmières. Parce que, *on va aller remplacer par beaucoup de gens, et de personnes formées hein, de nouveau. On te dit, oui on t'envoie quelqu'un qui est l'intérim, qui n'a jamais*

mis les pieds, qui n'a pas les accès, qui connaît pas l'unité. C'est pas la même chose ! Donc on manque de gens formés. Quand j'ai commencé ma carrière à l'hôpital, on parlait déjà de manque de personnel, ça c'est pas nouveau. Mais il y avait vraiment des noyaux durs d'équipes, des gens qui étaient là depuis 15 ans ou 20 ans. Tu arrivais, t'étais hyper bien formée, les nouveaux arrivés dans les unités étaient formés, vraiment suivis. Et aujourd'hui, ben voilà, il reste 2, 3 personnes dans chaque équipe, qui étaient là depuis longtemps, et 2, 3 personnes qui sont là depuis pas très longtemps, et tout le reste c'est des intérim. Donc quand tu es sur des soins bien spécifiques parce qu'à l'hôpital, on est quand même hyper fort dans la spécificité. Chaque médecin fait un truc bien spécifique, qu'on fait nulle part ailleurs, il faut être formé. Voilà, et on t'envoie quelqu'un qui a jamais mis les pieds, et qui sort de l'école en juin, et toi tu l'as le 15 juillet, on te dit : « bah voilà, il y a quelqu'un. Oui il y a quelqu'un, oui. Mais est-ce que je lui laisse la responsabilité de gérer comme si c'était quelqu'un de l'équipe ? Non, donc je dois repasser derrière, il faut vérifier, il y a des choses que tu ne laisses pas faire. Voilà, il faut plus d'infirmières. Et on a beau dire, on demande... Oui des aides-soignantes se forment et cetera, oui, mais quand tu fais ton tour si quelqu'un va faire tes paramètres, ben t'as pas tes paramètres en direct, pendant que tu donnes tes médicaments, donc tu ne sais pas quelle est la tension (artérielle) avant de donner l'anti-hypertenseur. Voilà, et il faut encore que la personne interprète comme il faut, qu'elle sache, bah voilà qu'elle soit assez formée pour savoir que cette personne a des antécédents de ça, donc voilà, la saturation elle vaut la peine d'être prise, il faut qu'elle sache ce que c'est une saturation. J'ai déjà eu le coup plusieurs fois, d'envoyer quelqu'un prendre les paramètres, et qui donc, fait le tour des paramètres pendant que tu dilues tes antibiotiques, prépa, et cetera, qui t'amène la feuille. Tu vois un 19 de tension et un 80 de saturation, et on t'a pas prévenu. Voilà, ça faisait 1 h quoi ! Le temps de terminer le tour. Oui, d'infirmières ! Clairement. On a beau essayer de remplacer des infis par beaucoup de choses, le boulot d'infirmière, il y a qu'une infirmière qui sait le faire.

I : Oui mais là, on se réfère peut-être aux 50% que tu as identifié ici (soins auprès du patient). Est-ce que, dans le reste, qu'est-ce qui pourrait être délégué, ou qu'est-ce qui pourrait...

R : Ben, le remplissage de dossier, c'est délicat. Parce que c'est la personne qui a fait qui doit compléter. L'organisation, la gestion, ben, et le suivi des étudiants, ben les étudiants qu'on t'a confiés, c'est quand même toi qui dois le former. OK. La gestion des petits problèmes annexes, ben il faut quelqu'un qui connaisse. Tu peux effectivement, si... Avant, il y a longtemps, quand on venait en tant que mobile, et qu'on était en plus, on nous attribuait pas forcément une partie de couloir. Ça c'était vraiment bien, il y avait, par exemple, 3 infirmières à l'unité XX (nom du service), on divisait le couloir en 3. Moi je venais en plus, donc le matin, je suis le rapport je connaissais le service, je faisais, par exemple, toutes les prises de sang. Parce que l'unité XX (idem), 3 fois par semaine on pique tout le monde, et donc je faisais toutes les prises de sang. Et puis après, ben voilà, j'étais là pour aider les infis dans leur quotidien, mais je suis formée, je suis de l'hôpital, je connais l'unité, j'ai eu le rapport. Donc moi, effectivement, elle peut m'envoyer faire des choses comme ça. Donc avant, ça se faisait, et c'était effectivement, voilà, la mobilité à qui on pouvait déléguer ce genre de tâches.

Maintenant, quand, en tant que mobile, parfois tu es la seule qui connaisse l'unité, parce qu'en fait, y a que toi et des intérim. Déléguer ça devient très compliqué. C'est pas que tu veux pas déléguer, mais il faut que la personne connaisse assez le fonctionnement, qui il faut

appeler pour tel truc. Et au final, si tu dois tout détailler, tout expliquer, il vaut peut-être mieux le faire toi-même. Donc oui, on va déléguer les paramètres, on va déléguer les choses simples, emmener cette personne aux toilettes parce qu'il arrête pas de sonner, cette personne est partie, il faut aller frotter le lit. Tu peux appeler telle unité pour leur dire de venir amener le patient. Mais les choses vraiment importantes, si tu connais pas la personne, parce que c'est une intérim, tu sais pas ce qu'elle vaut, t'as pas confiance. On est quand même sur des choses hyper importantes. On travaille pas avec des sacs de patates et des... On est avec des gens très malades, et avec des traitements sérieux. Donc déléguer, s'il y a quelqu'un capable, oui. C'est vraiment pas toujours le cas, hein. Pareil pour les transmissions, on demande à quelqu'un d'aller transmettre ce que toi tu as vu et ce que tu as fait, c'est compliqué. C'est très compliqué.

I : OK. Donc j'ai bien compris qu'il y avait une évolution dans la charge de travail.

R : Vraiment. Et le nombre de personnel quoi ! Attribués vraiment dans les unités, oui. Ça c'est énorme l'évolution. Avant, en mobilité, on était vraiment là pour aider, en plus les équipes. Maintenant il y a plus d'équipe, ou pratiquement plus d'équipe. Et donc c'est, pratiquement, c'est toi qui connais. Parfois t'arrives et y a que toi qui connais les patients, les médecins.

I : Et qu'est-ce qui explique cette évolution selon toi ?

R : ben je pense que, il y a eu beaucoup de choses. Bon je peux parler que de l'hôpital, hein. Je sais pas comment ça se passe ailleurs. Je pense qu'il y a eu, oui, je dirais des choses, des paramètres un peu globaux, le vieillissement de la population, la lourdeur des patients, la polypathologie, on vit de plus en plus tard, donc y a de plus en plus de choses. Ça c'est inhérent à la société. Euh, mais en parallèle de ça, à l'hôpital, il y a eu quand même pas mal de... Je dirais 2 choses. Un management, pour moi, qui a pris la mauvaise direction. Management très inhumain, alors qu'on est complètement dans l'humain, et dans une profession où il n'y a pas beaucoup de gens pour te remplacer, et où on a eu beaucoup de discours : « si t'es pas content la porte est là », comme si on était remplaçable alors que, on l'est quand même très difficilement il me semble. Il y a eu beaucoup de choses je pense. L'accréditation, je sais pas si au bloc vous l'avez vécu, mais en tout cas, dans les unités ça a été 2 ans où on a modifié notre manière de travailler mais de manière pratiquement quotidienne. Et ça, pour les gens un peu plus réfractaires au changement, un peu plus âgés, qui fonctionnent comme ça depuis 30 ans, ça a été hyper difficile. Déjà pour les jeunes, c'est, mais bon, t'as quand même une capacité d'adaptation qui est plus... mais pour quelqu'un qui a une habitude de travail installée... Voilà. Donc, l'accréditation, et tout ça, ça a été très lourd psychologiquement je dirais. Et puis on a eu le TPI (Trajet Patient Informatisé), et le COVID. Et, clairement, ce TPI, il a pas aidé du tout hein. On est arrivé avec quelque chose... On nous a vendu du rêve, et au final pas du tout ! Euh vraiment... On nous a vendu quelque chose qui allait vraiment nous faciliter la vie. Voilà. Voilà comment on nous a vraiment annoncé le truc au départ. Tout le monde verrait la même chose, y aurait plein de transmissions qu'il ne faudrait plus faire, parce que tout le monde aurait accès à ça. C'est absolument l'inverse, tout le monde a un écran hyper différent. Personne n'a accès à rien, ça n'a pas du tout été conçu pour le travail de l'étage, et en tant qu'infirmière on voit pas clair du tout. Enfin, c'est... Voilà ça a été le scannage de tous ces médicaments, je pense que ça a dégouté beaucoup de gens.

Ça, enfin, ça nous a vraiment alourdi la, clairement, le quotidien. Euh, ça couplé un peu, en même temps à cette accréditation, ça a fait un, je pense, un truc déjà, un contexte en tout cas très difficile. Et là-dessus il y a le COVID. Et ça, ça a été la catastrophe. Euh le fait de, que ben, plein d'unités ont fermé, et qu'il a fallu, enfin moi, étant équipe mobile, ça m'a moins touché, mais je sais qu'il y a beaucoup de gens qui ont eu beaucoup de mal au fait de devoir être bougé d'unité. Donc, déjà t'es pas bien, t'en peux plus, t'as un outil informatique qui te complique la vie, et tu es dispatché tout le temps. Ben, ça, ça a conduit à une situation où plein de gens qui n'étaient pas bien, mais qui seraient restés encore 10 ans finalement, sont partis. Et ça a été comme ça, sur 4, 5 ans, une accumulation de choses qui ont écrémé progressivement, et épuisé les gens. Et au final, en tout cas, en médecine interne, je dirais qu'il y a peut-être une unité qui survit un petit peu en termes d'équipe. Toutes les autres, non. Elles n'y ont pas à survécu, hein. Je dirais que c'est une association de beaucoup de facteurs, quoi. Et aussi, bien sûr, le fait que, à aucun moment, on ait eu l'impression que ça a été entendu, et que, il y aurait quelque chose qui pourrait faire aller dans le bon sens. Quand, à un moment donné, tu vois que ça ne va pas du tout, et que, en fait ça n'ira pas, parce qu'il y a rien qui est fait. Tu te dis, en fait, que ça va être que de pire en pire, donc, à un moment donné, même les gens attachés à leur unité et qui se disent: « bon bah, il est quand même temps de partir, quoi ».

I : Tu as évoqué le management, tu sais développer un peu plus ?

R : Ben, en tout cas, ça c'est mon ressenti hein. C'est, clairement, l'impression que ça a pris une direction où, euh, je sais pas moi, je trouve qu'ils ont pas fait les choses de manière intelligente. Quand on est dans une grosse boîte privée, avec des super beaux salaires, plein d'avantages et plein de conditions, ben peut-être que tu peux te permettre de mettre la concurrence, de virer les gens dès qu'ils font un pas de travers, oui, parce que, bah y a effectivement une file d'attente et plein de gens qui sont prêts à postuler là. Et *ici, c'était vraiment la manière dont on venait pour nous transmettre les informations, les changements et cetera. C'était vraiment : « si vous êtes pas content les gars, mais je vous en prie partez », et t'as envie de leur dire : « Allô ? Y a personne d'autre que nous en fait ! Je sais pas comment vous vous permettez de nous parler comme ça, et de nous dire ça, parce qu'en fait, vous comptez nous remplacer par qui ? »* « Oui, mais de toute façon, maintenant, on va former les aides-soignants », ou alors à un moment on nous a dit : « on va aller les chercher ailleurs ». On voit que les gens qui sont venus d'ailleurs ne sont franchement pas restés, hein. Voilà, les Portugais, les Libanais, ils ont fait des passages éclairs et ils sont rentrés chez eux, parce qu'ils se sont dit que ça valait pas le coup. Donc je trouvais que c'était pas du tout intelligent. L'offre et la demande, enfin je sais pas, quand la demande est supérieure à l'offre, il y a inflation et si il y a déflation, je sais pas, pour moi la logique aurait été d'essayer de faire en sorte que tous les gens qui sont là, qui sont clairement des gens motivés, travailleurs et cetera, qu'on fasse tout pour les garder. Même si on ne sait pas offrir de l'argent en plus, parce que les finances vont pas bien, hein, au moins être valorisé. Que quand on nous transmet des infos, « bon, on sait que ça va vous compliquer la vie, mais, voilà il se trouve que c'est les règles de l'accréditation, c'est comme ça ». Et pas nous dire : « bon les gars, maintenant ça va être comme ça ! ». « Oui mais non, mais c'est impossible, vous comprenez, on est 2 », « non, mais en fait c'est comme ça et c'est tout ! ». C'est la manière de transmettre, même au niveau

de notre hiérarchie directe. Qui sont parfois des anciens infirmiers, et qui ont monté. Et tu te dit : « mais en fait, c'est une blague », ils ont, ils voient pas qu'on va tous partir et, qu'en fait, que plus rien ne va tourner ? Et maintenant on voit tous ces services fermés, et les médecins qui commencent à taper du poing sur la table. Mais il fallait peut-être y penser avant. Tout ça en fait, on l'a tout à fait vu venir. Je dirais la situation de l'hôpital, aujourd'hui, il y a 5 ans, je pouvais dire que ça allait être comme ça, hein. J'ai pas fait des études de gestion, hein. C'est une évidence, et j'ai pas du tout l'impression qu'on, ben qu'on ait anticipé, ou essayer de, de freiner le truc. Au contraire ! Au contraire ! Et je trouve ça assez aberrant, fou ! Quelque part c'est fou, que tu te dis : « il y a personne qui a pensé avant », qu'il fallait peut-être essayer de faire en sorte que les gens qui soient là essaient d'être bien là.

I : Et qui ou quel type de fonction aurait pu aider, selon toi ?

R : Je sais pas si c'est un type de fonction. C'est une manière d'aborder les choses. Moi, la sensation que j'ai eue, c'est que la hiérarchie et nous, nous ne sommes pas dans le même camp. Alors je demande pas d'avoir un psychologue qui me tient la main toute la journée, même si on en a eu en COVID et cetera. Mais je demande parfois un peu de compréhension. Quand on vous... Je comprends bien qu'on est dans un hôpital universitaire, qu'il y a des critères de qualité, et je dis pas que, parce qu'il y a pas de personnel, il faut arrêter de mettre des objectifs. Non pas du tout ! Ça, bien sûr, que ça a du sens, et que c'est évident qu'il faut continuer à avancer dans, voilà continuer à essayer toujours de s'améliorer. Mais je pense qu'il faut aussi voir la réalité du terrain, et que quand on dit : « bah ouais, ça on va faire notre maximum, mais ce point-là ça va franchement être compliqué à appliquer » « Faites de votre mieux, on sait ». C'est plutôt une manière d'aborder les choses, et pas nous traiter comme si on était à l'école, comme des sales gamins qui veulent pas écouter. C'est plutôt, voilà, une manière d'aborder, et, c'est ce que je dis, un management humain ou un inhumain.

I : Mais, j'insiste hein, au niveau de la hiérarchie tu veux dire...

R : Au-dessus de nos chefs (infirmières-chefs)

I : Ah oui c'est ça.

R : Nos cadres, le département infirmier.

I : Pas forcément l'infirmière-chef ou...

R : pas forcément, l'infirmière-chef c'est hyper service dépendant. Et, bien souvent, ils nous disent : « on sait, on sait ». Eux sont vraiment beaucoup plus sur le terrain. « On sait que c'est difficile, mais on essaie de faire ça ». Ça vient d'au-dessus, et c'est une cascade, hein. C'est du top down. Ça vient au final de tout en haut, et ça ne fait que descendre, descendre, descendre, mais il y a des infos qui, à un moment il faut les faire remonter. Voilà, là on est en train de de faire tout un projet et cetera, et tu prends une infirmière pour donner des infos. Ben, il faut écouter. Je suis pas, je vais pas me mettre à la tête du projet, mais qui est plus au courant de ce qui se passe que nous ? Et je pense qu'il faut voir aussi un peu qui tu as en face de toi. Quand t'as des équipes qui sont là, qui sont hyper impliquées, qui font des efforts parce qu'il y a pas assez de personnes, qui changent leurs horaires à la dernière minute. Tu le vois. Donc, traiter tout le monde de la même manière, comme si, un peu, on faisait pas d'effort, parce qu'on

voulait pas... Non ! C'est pas correct, c'est pas correct. Et je pense que les cadres, et tous les gens au-dessus au département infirmier, parfois, ne sont pas de notre côté. Pourtant c'est le département infirmier. On voit bien qu'au niveau médical, quand les médecins ont décidé quelque chose, il n'en est pas autrement. Et nous, c'est pas du tout comme ça. Alors que, en fait, non ! On voit qu'un hôpital ne tourne pas sans infirmière. Il n'y a pas d'infirmière, tu peux avoir les meilleurs chirurgiens du monde, les meilleurs chimios, financées par le Televie, tout ce que tu veux... *Si t'as pas une infirmière qui va te mettre ta chimio, y a rien qui tourne. Et ça, on n'a pas su être défendu. Je pense. Clairement. On n'a pas été défendu du tout. Et ça aussi, la charge de travail c'est une chose, la lourdeur c'est une chose. Mais quand en plus, tu dois rajouter là-dessus, le fait que t'es absolument pas soutenu, il y a un moment donné... Tout le monde a des limites quoi. Tout le monde a des limites.* Et on est plus en 1940, on n'est pas des bonnes sœurs. On a des personnes avec des vies, sociales, des vies de famille, un salaire. Le prix de la vie... Est-ce que t'es prêt à te tuer physiquement, mentalement, pour un boulot qui te permet à peine de payer tout ? On est en 2024, la vie est ce qu'elle est. Se tuer pour 10 000€/mois, quand t'es PDG, c'est une chose. Te tuer pour 2500€ avec des nuits, des week-ends, Noël, Nouvel an, c'est autre chose.

I : Maintenant, si on parle de charges de travail perçue, selon toi comment est-ce que tu la différencies de la charge de travail ? Qu'est-ce que tu mettrais comme élément derrière ce concept de charge de travail perçue ?

R : La charge de travail perçue, donc la charge de travail objective, les pansements, les trucs, les entrées et cetera... La charge de travail réelle, enfin perçue, bah ça va être, je pense, tout le côté on travaille avec des êtres humains. C'est-à-dire que tu travailles dans une usine, tu sais que t'as un certain nombre de caisses à faire, ben la caisse, ce travail-là va te mettre 3 min, tu peux mettre x temps. Ici, on n'est pas du tout là-dedans. *On est dans de l'humain, où tu as constamment des petites choses qui vont perturber ton quotidien.* Ben, y a toute la notion d'urgence, voilà. On est dans : des gens qui vont pas bien. On considère que, il va nous falloir 4h pour faire tout ça, si tout le monde va bien. Mais dans le tas, il y en a 2 qui chauffent au milieu de ton tour, tu dois rajouter une prise de sang. On a fait la prise de sang, il y a une infection, il a pas de perf, on lui rajoute une perf, on commence les antibiotiques... Voilà, tout ça n'était pas prévu. La notion urgente du truc, la notion que, bah, chaque personne va prendre un temps différent. T'as un pansement, par exemple, simple entre guillemets à faire, un pansement de drain, sauf que cette personne est en isolement. Donc tu dois t'habiller entièrement, tu dois préparer tout ton matériel en avance, le patient ne bouge pas, le drain est dans le dos, bah il faut une autre personne parce qu'en fait il va falloir que quelqu'un vienne pour t'aider à maintenir cette personne, hein... Donc le pansement qui, s'il est au niveau du ventre chez une personne autonome, va te mettre 3 min, point final, il va peut-être t'en mettre 20-25. À ce moment-là, tu rentres dans la chambre et, bah c'est quelqu'un qui est changé, faut changer sa protection, ben on se rajoute 10 min. On est toujours dans un isolement à ce moment-là, on voit pas du tout ce qui se passe dans le couloir. Quand on est 2 infis, ben il y a peut-être, quand tu ressors, 3 sonnettes qui sont là mais personne n'y a été ou, quelqu'un a été mais en fait c'est infirmier : passer rincer la chimio que t'avais lancée qui s'est terminée... L'interruption, tout le temps, des tâches. Ça c'est quelque chose de terrible. Donc la notion d'urgence, tout ce qui se voit pas hein, les gens dépendants en isolement, le fait d'être

interrompu tout le temps. En tant que l'infirmière c'est une horreur. Tu te lances dans, voilà, t'as fini ton rapport avec le médecin le matin, tu te lances dans tel truc, tu es attrapée par la diététicienne qui passe, t'es attrapée par le kiné, t'es attrapée par la stagiaire kiné, le téléphone sonne c'est untel, c'est toi qui t'en occupe... Tu es interrompue tout le temps. Une fois de plus, ta position est centrale, et au plus t'as de patients à gérer bah, au plus tu as de petites choses à gérer de tous les côtés. Monsieur untel n'a plus de batterie, il faut absolument qu'il téléphone parce que sa femme doit lui apporter ses médicaments qui sont hors formulaire et pas en Belgique. Bon, faut prendre le téléphone du service, il faut lui amener, il faut le récupérer. Enfin voilà, on est centrale, on a de plus en plus de patients, de plus en plus lourds, donc on a tout ce qui se voit, et puis il y a toutes ces choses qui se rajoutent continuellement.

I : Donc tu m'as déjà parlé de tous les éléments que tu mets derrière la charge de travail perçue. Comment cela influence ton regard, parce que voilà, c'est le quotidien d'être interrompu tout le temps, comment est-ce que ça pèse sur ton travail ? Plutôt comment ça influence ton travail ?

R : Donc bah ça influence mon travail dans le sens que ça fait perdre énormément de temps. Et moi, par période hein, plus ou moins fatigué par moments, je me rends compte que je suis beaucoup moins efficace. Parce que, y a rien à faire, quand tu as 1 000 000 de choses en tête, et que t'es interrompue et tu te lançais dans un truc et puis, au final, tu sais plus vraiment ce que tu avais fait, bah finalement tu fais autre chose, mais, et tu reviens à ça plus tard, donc tu perds un peu le fil. Et puis, vu qu'on est dans une direction pas de papier, moi je suis quelqu'un d'hyper visuel, voilà. On veut, à un moment donné, hein parler de plus du tout avoir de feuilles, pour moi c'est impossible. J'ai dit le jour où ça arrive, je mets ma démission parce que ce n'est pas du tout possible. *On a un outil informatique qui ne permet aucune vision globale, hein. À l'étage, soyons clairs. Il faut systématiquement rentrer dans le dossier d'un patient qui est pas clair, vu qu'on est noyé sous les informations*, et, avec une petite feuille avec 2-3 infos pour moi, qui suis visuelle, c'est une catastrophe, ok ? Donc le fait d'être interrompue, ben, tu perds le fil, tu perds du temps. Tu dois à chaque fois te resituer. *Tu veux vérifier une info, ben tu peux t'attribuer que 4 patients, t'en as 15, tu peux refermer tes dossiers, réouvrir les autres, perte de temps !* Perte de temps et énervement, à un moment donné, voilà ! On aimerait bien qu'il y ait parfois d'autres personnes qui puissent répondre aux demandes.

I : Et qui alors ?

R : Roh... Du personnel en plus !

I : Toujours des infirmières ?

R : Ah oui ! Oui bien sûr ! Bah oui, on peut essayer de remplacer... On peut faire AIA, on peut faire aide-soignante, on peut faire beaucoup de choses mais qui peut faire infirmière ? C'est toujours la question !

I : Oui mais, est-ce que l'infirmière doit faire tout ça selon toi ?

R : Alors, pour moi, idéalement oui. Parce que, enfin c'est ma vision des choses hein, je dis pas que c'est la réalité mais quand on dit que dans la littérature, qu'il faut maximum une

infirmière pour 5 patients pour qu'ils soient bien pris en charge, c'est justement pour que tu puisses faire une prise en charge globale, et que tu vois tout. J'aimerais bien que quelqu'un puisse remplir le dossier à ma place, mais celui qui a pas vu la plaie, je vois pas comment il va le faire. Alors, déléguer des petites tâches, des petites choses simples, oui mais l'idée, quand même, pour moi, d'un soin idéal, c'est que t'aies été là du début à la fin, et que tu aies une vision sur tout et que oui, ce soit un œil qui ait tout vu. Au plus tu vas répartir des trucs au plus c'est compliqué au final. Alors on a pas le choix, parce qu'il y a pas le monde qu'il faut. Mais est-ce que c'est la prise en charge idéale ça, de mettre un maximum d'intervenants différents dans une prise en charge ? Non, je pense pas.

I : Alors, si on repense à une dernière journée de travail où tu étais particulièrement épuisée, ou sous tension, est-ce que tu sais identifier précisément ce qui a pesé, ce qui a été...

R : Je pense que les journées les plus difficiles, ce sont les journées où tu es la seule personne de référence, en tant que mobile. Parce que, même si on est très habituée au bout de 10 ans où tu vas dans les mêmes services, oui tu connais les médecins, tu connais toute la structure, t'es quand même pas comme quelqu'un du service. Parfois t'es pas venu depuis 3 semaines, et tu arrives et il y a que toi, ça c'est vraiment un élément qui est très stressant. Et qui rajoute vraiment du stress. Et puis il y a des journées où tout se conjugue, où tu écoutes ton rapport et tu te dis : « waouh, chaque patient il y a vraiment quelque chose. Soit il va pas bien, soit il a un gros traitement. Euh, et la feuille est remplie, y a pas un trou hein. Donc, vraiment, le service est full, et tu te dis : « là, si j'oublie pas quelque chose, je suis Wonder Woman ! », parce que, en termes de ce que va te demander chaque patient, c'est énorme. Et je pense que mes pires journées ont été en oncologie, clairement, où là y a l'aspect dangerosité de ce qu'on fait, et le côté, ben, il y a un moment donné, tu te dis : « c'est hyper grave si je me plante, c'est hyper grave ». On est sur... On est sur des trucs graves quoi ! Et la pression que ça te met, voilà. Je pense que mes pires journées sont en onco et en gériatrie. En onco pour le côté, ben, j'ai juste deux mains en fait. Euh, on me donne 15 patients, avec des traitements hyper lourds qu'il faut changer tout le temps. Il faut compter le nombre de gouttes, le nombre de millilitres, faut pas que ça coule trop vite. Cette chimio-là, si on la fait couler trop vite et qu'on ne met pas X nombre de produits en même temps, bah, t'as une hémorragie de la vessie qui commence et qui ne s'arrête jamais. Cool. Ok. Ce produit-là, si tu le mets trop vite, bah il peut devenir aveugle. Ok, faut pas se planter sur le débit de ta chimio, t'en as 5 en simultanée, ça c'est, ouais, c'est parmi mes pires journées.

I : La pression ?

R : La pression

I : La responsabilité est encore plus lourde ?

R : Voilà. Et le côté, et puis on parle pas du tout du côté physique, hein, de tout ça, où tu es épuisée physiquement. Où, dans ta journée donc, dans tes soirs, où tu manges pas. T'arrives, il est 13h20, tu finis, si tu finis à l'heure bien sûr, à 21h00. T'as pas mangé, t'as peut-être bu un verre d'eau, t'as pas arrêté, t'as peut-être pas été aux toilettes de ton après-midi non plus, et physiquement t'es cassée ! Donc t'as, pour moi, ce boulot, la lourdeur, elle est vraiment multifactorielle. T'as la lourdeur physique de tous les gens qu'il faut porter et cetera, t'as la responsabilité en termes de ce que tu fais, et c'est des choses importantes ! Tu peux pas

inverser 2 transfusions, tu peux pas inverser 2 chimio, tu peux pas... Voilà ! T'as le côté organisationnel, hein. En même temps, lui, il part, il faut vite froter ce lit parce que l'urgence arrive derrière. En fait, c'est hyper multifactoriel. C'est pas comme un boulot tu dirais, bah, voilà il est lourd physiquement, et j'aurai mal au dos, quoi. Non, il est lourd physiquement, t'as des responsabilités, tu dois quand même activer ton cerveau, il va falloir réfléchir un petit peu. Et en plus, t'as pas... Tu travailles pas forcément avec des gens qui connaissent. Donc la responsabilité elle est encore double. Voilà, il y a beaucoup.

I : Euh par rapport à tout ce que tu dis, par rapport à tous les éléments que tu viens de donner, est-ce que tu peux en mettre 2 en évidence ? Selon toi, qu'est-ce qui risque d'influencer le plus fort quoi ?

R : La santé du patient ?

I : Non non. Ton ressenti sur la charge de travail.

R : Sur ma charge de travail, je dirais le nombre de traitements lourds qu'il y a sur une journée, clairement. Et et *l'équipe. Voilà. Si tu sais que tu as une journée qui est très, très lourde, mais, on est en après-midi, on est 3, on connaît, tu sais que tout le monde connaît, donc si t'as un souci tu peux déléguer sans... Ne même pas y réfléchir : « s'il te plaît, va me stopper cette chimio, tu me la rinces, et tu déconnectes le port-à-cath »* et je ne réfléchis pas, je sais que la personne va le faire. Voilà, je dirais le nombre de traitements lourds qu'il y a à faire et l'équipe avec laquelle tu travailles.

I : Voilà, moi j'arrive au bout de mes questions. Est-ce qu'il y a quelque chose que tu veux rajouter, un point qui semble important par rapport à tout ce dont on a parlé ?

R : je ne pense pas

I : Par rapport à ta répartition, après la discussion, on reste là-dessus ?

R : C'est une manière globale, hein, je dirais oui il y a quand même la moitié de ma journée où je suis quand même à côté des patients, la partie dossier est lourde, point de vue PC et cetera, prend du temps. Les transmissions, indispensable. Et le côté... La gestion de toutes les autres petites choses globalement c'est ça, ça varie un peu mais pour moi, globalement, c'est ça.

I : Parfait ! Pas de question ?

R : Pas de question

I : Merci

Reprise de l'entretien, alors qu'il était terminé. La répondante a abordé un autre aspect du métier.

R : Par rapport à *l'aspect psychologique, euh, c'est triste à dire mais il viendra en dernier. Parce qu'en fait, tu es tellement dans l'action, que tu peux plus mettre beaucoup d'énergie là-dedans. C'est pas possible. T'es obligée de te détacher. Et moi, je suis quand même quelqu'un de très empathique, et qui fait quand même hyper attention à ça, par rapport à d'autres collègues. Donc j'essaie vraiment, quand je vois que quelqu'un nécessite du temps, comme j'ai*

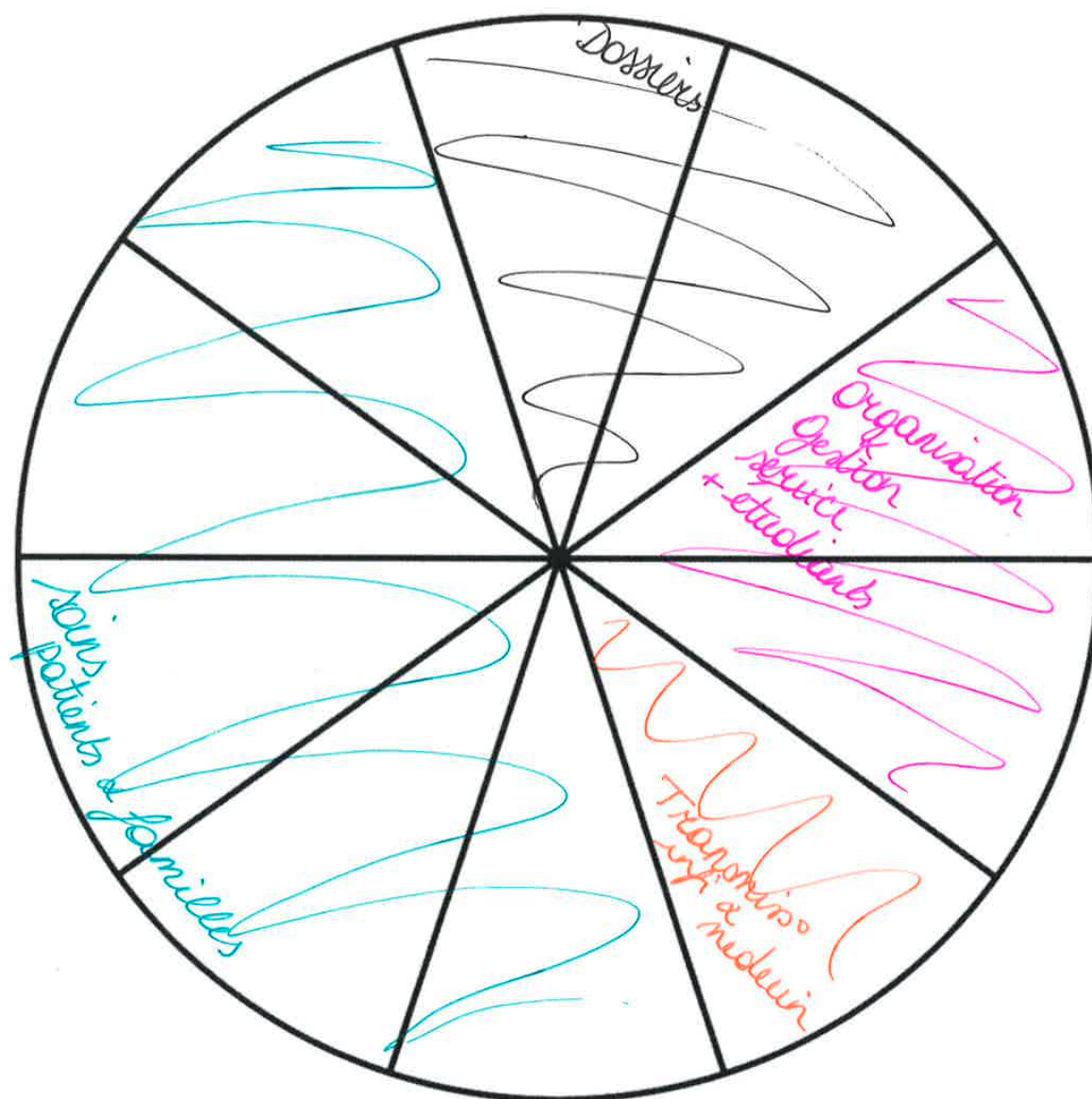
dit une première chimio, un premier traitement, où j'essaie vraiment de prendre le temps, dans la mesure du possible. Mais tu es un peu obligé d'être une machine. T'as pas le choix, en fait. Et moi j'essaie toujours d'expliquer au maximum aux gens : « je suis vraiment désolée, on est 2, vous êtes 30. Je fais ce que je peux », et généralement les gens sont quand même assez compréhensifs, sauf ceux qui sont vraiment dans un état émotionnel euh, voilà, quelqu'un de 30 ans qui est en train de mourir, ils peuvent rien entendre ça tu le comprends complètement. Mais t'es obligée de laisser ça un petit peu derrière. Parce que si tu dois commencer à prendre le temps avec chaque personne... Et alors là, tu t'en sors vraiment plus, hein. Donc tu es obligé d'être dans l'action, et de mettre ça le plus loin possible. Après ça joue, je dirais, plus dans ma manière de voir la vie globalement, pas que au travail. Ça, pour moi... Je suis devenue très anxieuse, sur toutes les questions de santé, parce que je pense qu'au plus tu vois tout ce qui existe, au pire c'est. Maintenant dans mon travail, c'est pas ce qui me pèse le plus.

I : Mais est-ce que ça va avoir un impact sur ta manière de travailler ? Imaginons une journée fort remplie, avec les traitements lourds, donc ce que tu as évoqué. Le fait de devoir te mettre en mode machine, comme tu dis, et de devoir faire passer l'aspect psychologique en dernier, est-ce que ça a un impact sur ce que tu as ressenti sur ta journée ? Quand tu fais le bilan de ta journée, est-ce que ça va l'impacter, positivement ou négativement, d'avoir dû fonctionner comme ça ?

R : Ah oui, bien sûr. Ça a un impact... Je sais pas si c'est journée par journée mais sur ta manière de travailler globalement, et sur ton état d'esprit général, oui. Ça a un impact, bien sûr. Et je sais qu'il y a beaucoup de gens qui sont partis pour ça, parce qu'ils estimaient ne pas pouvoir du tout donner, voilà, ce qu'ils devaient donner. Je dirais moi, je suis quand même, je parle vraiment pour moi, quelqu'un qui sait prendre de la distance. Et je pense que le fait que, même si c'est rapide, je pense le faire d'une manière correcte, et je vois que la plupart des gens le comprennent. Ça me permet de tenir, on va dire, et de pas trop m'en vouloir. Je suis quelqu'un qui est assez clair dans la réalité. Je vais pas culpabiliser, rentrer chez moi m'en vouloir, et me dire... Parce que je vois bien que je fais tout ce que je peux. Mais ça, c'est ma manière de gérer les choses, et je sais que c'est pas du tout la manière de de... Je sais que la plupart des gens ne le voient pas comme ça. Euh, j'essaie d'être indulgente envers moi-même et de me dire : « OK, là j'ai déjà donné beaucoup, je pense ». Oui, idéalement, oui, non, c'est pas ça qui aurait dû se passer mais c'est pas entre mes mains. Donc, je vais pas prendre sur moi non plus toutes ces émotions, parce que c'est pas de ma faute, et vraiment, je verbalise le plus possible avec les gens, qui le comprennent pour la plupart. Donc non ça c'est quelque chose que j'arrive à gérer je dirais.

I : Merci pour ta participation

R : De rien



Annexe 7

Retranscription Entretien n°4

Interviewer (I) : est-ce que je peux te demander de me donner ton parcours brièvement, depuis combien de temps tu es infirmier, depuis combien de temps tu travailles dans ce service ?

Répondant (R) : 31 ans à Saint Luc, ici 15 ans aussi pratiquement oui 14. J'ai fait un an et demi en orthopédie, et après je suis venu ici directement.

I : Donc pour toi qu'est-ce que ça t'évoque la notion de charge de travail perçue ? Qu'est-ce que tu mets comme... À quoi ça te fait penser ?

R : oui bah c'est, c'est le fait que quand on n'arrive pas à suivre on a l'impression que voilà, que c'est difficile de suivre, de d'avoir, de soigner correctement ses patients. Voilà, c'est comme si on a envie, mais malheureusement on peut pas, on arrive pas à le faire comme on aimerait bien le faire.

I : Et qu'est-ce qui manque ?

R : bah ça c'est un peu le problème de ces dernières années. Donc c'est un peu la pénurie, le manque de personnel, l'absentéisme. Donc tout est un peu lié quoi... Donc est-ce que maintenant c'est la difficulté ou la charge de travail qui fait que les gens sont absents, ça, ça sera toujours le débat ! Chacun va voir un peu la situation à sa manière, donc certains diront que la charge c'est parce qu'il y a de l'absentéisme, d'autres diront que l'absentéisme est dû justement parce que les gens sont crevés, qu'ils savent plus suivre, et que et voilà.

I : Et qu'est-ce qui fait que les gens sont crevés ? Quels sont les facteurs qui vont déclencher ça ?

R : Bah je pense que, si on analyse un peu les soins maintenant à l'hôpital, *on soigne plus, de plus en plus des pathologies aiguës donc, vraiment on est dans des périodes où le patient reste peu à l'hôpital*. Avant, allez, par exemple dans, ici dans le service certaines opérations les gens restaient une semaine et tout. Ces derniers temps ce n'est plus d'actualité tout ça. Donc les gens essaient, ou c'est le système où... C'est difficile de tout analyser parce que, euh le financement des hôpitaux et tout a fait que *les gens sortent de plus en plus tôt, mais alors ça veut dire que le temps que les patients passent à l'hôpital c'est vraiment là où ils ont besoin d'énormément de soins*, et voilà. Maintenant c'est pas un métier facile aussi donc, qui use à la fin. Et il faut aimer il faut... Voilà donc c'est... Cela va peut-être engendrer des gens pas bien, donc ça va engendrer de l'absentéisme, de l'absentéisme va engendrer encore de la charge de travail sur ceux qui restent-là qui tiennent le coup, et voilà. Et ainsi de suite, c'est tout le temps comme ça.

I : Et sur ceux qui sont là et qui tiennent le coup, est-ce que selon toi il y a des éléments dans le travail qui vont rendre cette charge encore plus lourde ? Qu'est-ce qui va faire que ta journée va être meilleure que la veille ou l'inverse, qu'elle va être moins bien que la veille qu'est-ce qui a pesé ?

R : moi, je parle par exemple personnellement dans mon service, moi j'ai toujours dit moi je fais que le soir, particulièrement pour des raisons personnelles ou de santé, et tout je fais je travaille que le soir. Je travaille qu'à mi-temps médical. Donc si je travaille sans aide-

soignante mon après-midi est quasi tout le temps difficile, parce que je dois faire beaucoup de tâches, que si j'ai une aide-soignante bah je peux les déléguer sans problème : répondre au téléphone, répondre aux sonnettes. Parfois pour des sonnettes je dois laisser mon travail d'infirmier entre parenthèses et aller répondre à une télécommande qui est tombée, parfois. Voilà, et alors tout ça, ça fait perdre énormément de temps. *Et on n'a pas des soins continus, on n'est pas concentré avec ce qu'on fait, voilà. Le téléphone n'arrête pas de sonner, d'autant plus ici on a 7 disciplines, donc ça fait un peu... Déjà des médecins, si un assistant par discipline passe, ça fait 7 communications avec les médecins ! Donc et tout ça, ça fait...* Maintenant quand on a un collègue aide-soignant, au moins il y a des tâches, par exemple le tour des changes, et tout bah au moins il est délégué bah on gagne quand même pas mal de temps, et on y arrive. Maintenant ça dépend, voilà parfois il y a des périodes comme ça un peu calme et tout, bah ça se passe très bien et tout. Et parfois bah voilà...

I : Et « un peu calme » qu'est-ce que tu veux dire par là ?

R : Soit que le service est rempli mais que les patients la majorité vont bien on va dire, ou alors c'est le contraire, c'est une période un peu calme et que y a pas beaucoup de patients. Voilà, donc ça dépend un peu comment... Parfois le service est rempli mais on va dire on arrive à gérer sans problème.

I : Et pourquoi ?

R : bah soit c'est des patients moins lourds, ou alors par exemple, le fait de travailler avec ses collègues et pas avec des intérimaires. Et ça, ça joue beaucoup, avec tout le respect vis-à-vis des intérimaires bien sûr, mais voilà les collègues qui se connaissent on est un peu, donc, c'est... moi j'ai beaucoup travaillé en urologie, bah voilà donc, si je travaille avec quelqu'un de la chirurgie plastique, ben je suis plus, allez, on va dire rassuré de ce côté-là, donc de travailler. Alors que si je travaille avec quelqu'un qui sait même pas où se trouve le chariot « X » (chariot de matériel de soins) ou le chariot... Voilà c'est une encore une charge, où quelque chose que je dois faire. Gérer le téléphone par exemple, si je travaille avec un intérimaire c'est à moi de gérer le téléphone. Tous les appels, parce que la personne ne sait pas répondre on va dire ou ne va pas... C'est difficile.

I : Et quand c'est quelqu'un du service qu'est-ce que selon toi qu'est-ce qui est bénéfique ?

Juste une question de connaissance où il y a autre chose ?

R : Oui, connaissances, on a plus de feeling entre nous donc *on se connaît depuis longtemps, voilà donc je partage beaucoup de choses donc voilà. Il y a aussi ça, la connaissance et surtout le fait que on se sent... C'est comme si on se sent un peu plus rassuré.*

I : Plus en sécurité ?

R : En sécurité ! Voilà c'est vraiment le mot. On le sent déjà, quand on fait le rapport quand on arrive et on se regarde, bah voilà on a l'impression que ça... Ça, ça va jouer, et si c'est le contraire, ben voilà on commence déjà le service, on va dire ... euh... d'une façon un peu moins... Je sais pas moi, moins à l'aise, surtout le soir parce que le soir, la difficulté, c'est que... Le matin, il y a toujours les chefs chez qui on peut se référer s'il y a un souci s'il y a un problème les cadres et tout, mais l'après-midi y a personne. Donc il y a que les collègues qui

sont présents et voilà donc. Euh... Et malheureusement avec le taux d'absentéisme et toutes les difficultés pour trouver des infirmiers bah on est souvent en manque de personnel. C'est valable que ce soit pour le soir, pour le matin ou la nuit ou les collègues de la nuit aussi souvent c'est souvent des intérimaires, je pense que c'est un peu la même situation.

I : Et donc qu'est-ce que pour toi euh il faudrait en plus pour que vous vous sentiez en sécurité quand vous travailliez ?

R : Bah idéalement voilà ça c'est facile à dire peut-être, mais ce que c'est faisable ? C'est d'être plus, plus staffé.

I : d'infirmiers uniquement ?

R : Non moi j'ai jamais dit d'infirmier uniquement, mais la tendance ces derniers temps je dois le dire, même si c'est... C'était éliminer des aides-soignants, maintenant moi j'ai pas les chiffres exacts, mais je sais que ces derniers temps on a plus, quand il y avait des départs, on les a remplacés plus par des infirmiers. Alors c'est vrai, dans notre cas par exemple, qu'on est à 3 infirmiers, ben voilà on est content aussi, au lieu de 2. C'est très difficile. Maintenant il y a ça, il y a aussi, par exemple un service comme ça en plateau, avec 6 ou 7 disciplines, c'est pas c'est pas facile, ça aussi au niveau organisation. Ici par exemple ils ont essayé plusieurs fois. Donc il y a le couloir A et B, de dire voilà on va mettre plus telle discipline au A et plus les autres au B, mais ça n'a jamais marché parce que c'est très difficile à gérer, voilà. Et maintenant, ces derniers temps ils avaient fait un partage comme ça de dire voilà A ce sera telle chirurgie et B telle chirurgie. Et maintenant apparemment, ces derniers temps ils ont laissé tomber parce que ça n'a pas marché ça n'a pas donné le...

I : Et qu'est-ce qui est difficile du coup, en lien avec ce mélange ? Quelle est la difficulté ?

R : Bah on a affaire à je ne sais pas combien de nombre de médecins, avec les assistants et tout. Déjà par exemple, en ophtalmo c'est je sais pas combien, vous connaissez peut-être tous les chirurgiens. Au niveau urologie, chirurgie plastique, donc les assistants, les changements des assistants, les psychologues, les kinés... Heureusement, bah on a des photos et tout, mais chaque discipline il faut tout, alors que dans un service là où il y a une seule discipline par exemple, on a une psychologue ou un psychologue, on a une on allez, un corps de médecine donc voilà, donc il y a le superviseur et les assistants. Ici c'est un peu différent. Les kinés aussi donc c'est vrai que, au niveau des chefs et tout ils mettent un peu les photos chacune pour ne fut-ce que pour les reconnaître et les distinguer l'une de l'autre. Voilà parfois on fait, moi je parle de moi, combien de fois en soirée quand je vois quelqu'un passer dans le couloir, je demande : « vous faites partie de quelle discipline ? » pour savoir si j'aurai besoin de lui ou pas. C'est pas facile.

I : Et par rapport aux patients est-ce que c'est une difficulté ou... Le fait que ce soit des disciplines très différentes ?

R : Bah certainement. Allez, à l'époque où ils avaient instauré le plateau même certains patients l'avaient senti qu'il y avait... Je vais donner l'exemple de la chirurgie plastique. Des gens qui sont en chirurgie plastique depuis 20 ans, bien sûr ils ont plus faciles à gérer des cas, même si c'est compliqué. Moi je parle, sans me lancer des fleurs, mais par exemple en

urologie, bah moi je me sens beaucoup plus à l'aise même quand c'est compliqué, que certains collègues que si... Combien de fois moi, soit moi je lui demandais de l'aide ou de commencer à côté, au A ou B et demander par exemple à mes collègues concernant un cas que moi je gère, on va dire moins bien. Et moi aussi, on vient seulement chez moi pour me demander mon avis sur des situations urologiques, voilà. Maintenant l'avantage, c'est que on apprend beaucoup, on devient plus multi disciplinaires. C'est un avantage aussi donc. Alors moi c'est particulier. Je suis que mi-temps, avec 3 RT, plus les jours de réunion et tout, moi je ne suis pas souvent présent et, parfois je n'arrive pas à suivre tous les changements. Tous les changements et toutes les nouveautés. Et ça le fait d'être en plateau, donc d'avoir toujours minimum 4 personnes autour de moi, bah c'est rassurant. Voilà. Dans ce cas-là voilà, donc ça dépend un peu dans l'analyse, comment est-ce qu'on regarde les situations.

I : Moi j'ai fait le tour de mes questions. Est-ce que tu as des choses auxquelles tu penses, que tu as envie de me dire ?

R : Non pas spécialement. Maintenant j'ai toujours dit que c'est un beau métier mais qui n'est pas facile et que voilà pour le rendre plus attractif et tout, je sais pas ce qu'il faut faire. Voilà donc, ouais...

I : Tu ressens fort une différence entre le début de ta carrière et maintenant ?

R : Oui ça c'est clair parce que déjà par rapport à ce que j'ai appris, parce que moi je viens d'un milieu de droit qui n'a rien à voir avec tout ce qui soins et tout, et j'ai appris, je vais pas dire énormément, mais pas mal de choses. Je connais aussi beaucoup de gens.

I : Et au niveau des soins, au niveau de ta qualité au niveau du travail est-ce que tu trouves qu'il y a une grande évolution entre il y a 15 ans et maintenant ? Au niveau de ta charge de travail ?

R : oui c'est clair ! Ah non ça c'est clair ! Je dis souvent les jeunes qui sont allez, les jeunes qui arrivent je leur dit : « heureusement que vous avez la capacité d'adaptation vous allez vous adapter parce que... » Quand j'ai commencé comme infirmier, ça n'a avait rien à voir avec ça ! Maintenant tout change aussi. Au niveau du financement des hôpitaux et tout c'est pas... Moi j'ai pas envie de culpabiliser ni l'un ni l'autre, la direction ou l'autre. Ce sont des temps très difficiles, voilà. Donc il y a que l'argent qui compte et le rendement. Et voilà, donc et je ne pense pas que quelqu'un a une solution comme ça, à tous ses problèmes. Il faudra peut-être le temps ou... Je ne sais pas... Ce sera, ça va être difficile.

I : J'ai encore juste une question. Par rapport à ce qui peut être aidant pour tenir face à cette charge de travail qui augmente, est-ce que tu penses à autre chose que des collègues en plus ? Est-ce qu'il y a d'autres choses sur lesquelles on pourrait agir selon toi ?

R : Bah pour améliorer les conditions générales du travail. Donc que ce soit au niveau... En premier c'est le personnel, le matériel... Gérer mieux, essayer de gérer mieux cette situation de mettre des plateaux, juste des plateaux ou des disciplines ensemble, juste parce que des gens dans la cellule de développement et tout estiment que pour mieux faire, il vaut mieux... Voilà il faut... Je pense que ce sont des gens de terrain qui doivent participer. Parce que si on

demande à un gestionnaire, devant un écran, de gérer comment on doit travailler et tout, c'est très difficile.

I : Parfait. Merci beaucoup pour ta participation

R : Ah bah de rien, bonne continuation au plaisir de te voir.

I : C'est gentil

R : Courage

Annexe 8

Retranscription Entretien n°5

Interviewer (I) : Alors, commençons. Est-ce que je peux te demander de te présenter brièvement, surtout ton parcours professionnel.

Répondant (R) : Ça fait 26 ans que je travaille à (hôpital) j'ai travaillé 15 ans en chirurgie digestive, donc en hépato-biliaire. Puis je suis partie un an près de chez moi. Ça ne m'a pas plu, je suis revenue. Quand je suis revenue, j'ai été dans l'équipe mobile. D'abord dans la filière médecine interne et puis la filière viscérale. Et puis après le COVID, je me suis fixée ici.

I : Parfait. Tu travailles à temps plein ?

R : Oui

I : Donc pour toi, qu'est-ce que la notion de charge de travail perçue t'évoque ? À quoi ça te fait penser ?

R : Bah c'est le nombre de tâches à accomplir pour une... Par infirmière je dirais. La quantité de tâches, fin... Et l'importance de celle-ci.

I : Et qu'est-ce qui va l'influencer pour toi ?

R : Le nombre de patients, la gravité des cas des patients. Ici ce qui aggrave la tâche, c'est le nombre d'intervenants. Comme on a un service pluridisciplinaire, *on a plein d'intervenants différents avec plein de procédures et protocoles différents, donc on doit chaque fois passer de l'un à l'autre. On perd du temps à solliciter le bon intervenant, à comprendre ce qu'il veut.* Et à s'adapter chaque fois, aux nouvelles demandes. C'est pour le médecin, pour les paramédicaux, enfin pour tout le monde. Chaque filière a des intervenants différents, donc ça, ça prend beaucoup de temps.

I : De les interpellé ou ... ?

R : Le matin, moi je fais un tour avec des uro(logues), un tour avec les gynécos, un tour avec les ORL, un tour avec les plasticiens et puis j'ai une deloc digestive. Faut que je trouve le bon assistant, et puis le stomato arrive parce qu'il a quand même un patient là et puis, tu vois... Ça prend beaucoup de temps. Après tu fais un tour avec les kinés mais faut attendre la kiné de la plastique, la kiné de la gynéco, la... Enfin voilà, et je te parle de moi quand je suis responsable d'un côté de couloir, mais pour mes collègues qui font, qui prennent en charge dans les chambres, le fait de passer chaque fois à une spécialité différente ça demande, je pense, plus de concentration de devoir, enfin tu vois, de se dire... Si t'as tout de l'uro, avec un peu chaque fois la même façon de faire parce que c'est le même médecin qui a les mêmes procédures c'est beaucoup plus facile que de switcher de l'un à l'autre tout le temps, et ça c'est un peu une charge mentale supérieure je pense, qui est chez nous. Mais c'est propre à ce service-ci.

I : Et si on en enlève si on arrive à enlever cette partie-là, qu'est-ce qui selon toi va impacter ta charge de travail ?

R : Dans mon service de chirurgie oui bah le nombre de patients qui sont présents, le nombre d'entrées que je vais devoir traiter, le nombre de sorties que je vais devoir traiter, le nombre de patients qui vont descendre au bloc opératoire, donc de post-op à prendre en charge. S'il y a des remontées des soins (intensifs), des transferts, et de la lourdeur des cas. Enfin, un patient qui a juste une perfusion et un drain va être moins lourd qu'un patient qui a une voie centrale avec un traitement antibiotique, une pompe, une micro sonde d'alimentation, plusieurs drains.

I : Donc la lourdeur du patient ?

R : Ouais

I : Est-ce que tu penses à d'autres choses ? Si tu prends par exemple, le service est lourd avec les mêmes patients, on passe le mardi une journée très difficile, et le mercredi on va passer une journée beaucoup plus facile alors que ce sont les mêmes patients. Qu'est-ce qui va impacter ici ?

R : Ici, il y a des pansements qui sont lourds les pansements de VAC, ça prend du temps. Si on est dans un jour où on tombe mal on a 3 pansements de VAC à refaire, ça va nous prendre beaucoup de temps. Si le lendemain mais comme ils ont été faits la veille on doit pas les faire, on gagne ce temps-là. Si par exemple, le premier jour qu'un patient arrive de digestive, imaginons délocalisé, je vais perdre 10 min à trouver quel est l'assistant qui va le prendre en charge, si le lendemain je sais, j'ai gagné 10 min. C'est des petits détails comme ça, ça joue effectivement là où on peut trouver une information. Ce qui peut jouer encore mais tu me dis les mêmes patients si on est un jour opératoire et qu'ils sont tous remontés de salle et le lendemain, enfin, j'ai cette surveillance de salle d'op, le lendemain ils sont plus avancés dans leur... et donc ils seront plus autonomes.

I : Donc vraiment au niveau des patients c'est pas quelque chose de d'assez linéaire finalement, d'un jour à l'autre ça va être fort...

R : (me coupant) le jour où on a beaucoup de sortie c'est tout aussi lourd parce qu'il y a quand même pas mal de trucs à gérer pour les sorties, donc c'est un peu...

I : OK ! Et au niveau... T'as ton demi-couloir on va dire, de patients à gérer. Qu'est ce qui va faire que ça bien se passer ? Ou ce qui va faire que ça va être encore plus lourd que ta charge réelle ? Vraiment que ta liste de soins ?

R : Si tu commences mal avec ton ordinateur, qui est en panne de batterie par exemple. *Qu'il faut commencer à trouver les batteries qui vont charger, pas charger le (ordinateur du service), il faut que tout le matériel fonctionne*, il faut que tous les médicaments soient là.

Parfois on attend que, je sais pas il manque les antibiotiques, il faut que la pharmacie livre les antibiotiques. Parfois t'as une bonne aide-soignante qui avance bien devant toi et parfois, elle est pas là et t'as toutes les sonnettes pour des petits détails, donc tu passes ton temps à... Oui, il faut que, ouais, que toute la logistique suive, que toute l'équipe qui est là soit bien performante ! Je ne sais pas quel terme il faut utiliser (Rires) ! Ça ça fait beaucoup. Mais aujourd'hui, on a 5 nouveaux étudiants qui ne connaissent pas (l'hôpital) et ça ça prend un temps fou. Une collègue malade, tout plein de nouveaux étudiants, moi je connais pas les

patients par là. Et oui le fait que tu les connaisses bien ça, ça joue beaucoup. Quand tu fais une longue série et que t'es le jeudi que t'as tes patients depuis lundi tu les connais bien tu sais quand comment faire et ça joue aussi mais ça c'est des trucs, comment mesurer dans une charte de travail ? Je sais pas...

I : Ben justement c'est tout l'intérêt de mon travail, c'est oui il y a les outils de mesure classique qu'on utilise mais est-ce que ça, est-ce que ça reflète vraiment ce que les gens vivent sur le terrain ? C'est pour ça que j'essaie de creuser de voir ce qui va peser, parce que finalement d'un jour à l'autre alors oui clairement ta liste de tâches ne va pas être la même puisque tu vas avoir beaucoup de tâches un jour parce que t'as toutes les remontées de salle d'op ou toutes tes sorties que tu dois gérer. Mais au-delà de cette liste de tâches qu'est-ce qui va faire que ça va aller ou pas ? Qu'est-ce qui va faire que ça va être encore plus lourd que ça ne l'est réellement, ou plus léger ? Quelles sont tes ressources, et qu'est-ce qui va te pourrir un peu le travail ? Voilà t'as déjà évoqué la pharmacie, la logistique. Enfin l'ordinateur...

R : Recherche des informations, ça peut vite... Trouver la bonne info. Ici on perd beaucoup de temps pour ça.

I : trouver le bon intervenant quoi.

R : Oui c'est ça

I : Et qu'est-ce que tu vois comme... Pour te, enfin comme facilitateur ? Ça va dépendre du niveau de performance des gens, mais si on va un peu plus dans le détail, qu'est-ce qui va te faciliter la vie malgré une lourde charge hein, malgré des patients lourds et tout ça ?

R : On a commandé un socle pour des batteries depuis 2 mois parce que le truc charge pas. Le matin tout le monde cherche la batterie qui a plus chargé c'est des conneries, mais c'est minant. Encore, l'étiqueteuse foire aussi, et tous les matins on envoie nos tubes et on a le labo qui dit : « mais le code barre du tube de X n'est pas lisible ». Il y a une étiqueteuse qui est commandée aussi mais...

I : C'est vraiment de la logistique

R : Ouais ça c'est de la logistique mais qui va enfin voilà, si ça se trouve on livre le socle demain et la nouvelle étiqueteuse et tout va bien ! Je sais pas ce qui peut... Les histoires... Nous on était une unité test au départ là de faire un plateau pluridisciplinaire. On avait 4, enfin 3 grosses spécialités avec l'ophtalmo en plus. On devait gérer ça, ça semblait réel, réalisable. Ils nous ont mis l'ORL sans nous demander notre avis, la stomato sans nous demander notre avis. Après c'est difficile d'être performant dans toutes ces spécialités-là, et d'organiser. On a essayé tout un temps de sectoriser, de mettre tous les cas, tu vois de faire un demi-couloir ça un demi-couloir ça, c'est juste pas possible non plus parce que ils remontent pas quand ... Et voilà. Et en plus ça déséquilibre fortement. Il y a des jours où c'est ingérable d'un côté parce que t'as toutes les remontées de salle (d'op) du même côté et c'est vide de l'autre côté, c'est compliqué... Ouais voilà on essaie de trouver des solutions mais je n'ai pas trouvé encore...

I : Du coup c'est jamais fluide en fait ?

R : Parfois oui hein, oui heureusement.

I : Lors de plusieurs entretiens, le nombre de personnes a quand même été évoqué, le manque de personnel infirmier a été évoqué. Quel est ton point de vue là-dessus ?

R : Moi je trouve que, dans notre équipe on a pas des gros problèmes d'absentéisme.

I : Et vous êtes assez pour rassurer la lourdeur du service ?

R : Oui

I : En ayant été mobile, je peux comparer à d'autres services ailleurs. Moi je trouve qu'ici c'est bien, franchement. C'est un cercle vicieux je pense. Parce que c'est bien au niveau staff les gens restent oui. Mais c'est pas facile à préserver parce que, ce matin quelqu'un de malade dès que t'as quelqu'un de malade tu... Mais c'est une malade un jour parce qu'elle a la grippe. On a peu de maladies à long terme je trouve. Enfin je suis peut-être un peu naïve. Non je trouve que franchement, on a pas...

I : Mais donc c'est un point positif ça, face à la lourdeur du service et selon toi c'est grâce à quoi ?

R : Elles s'entendent bien je pense, et le fait que c'est un plateau, c'est une grande équipe, qu'on tourne, qu'on change, qu'on fait pas toujours la même chose. Moi je pense que ça... Oui, que t'aïlles 3 jours d'un côté avec des patients chiants, et après tu peux changer, tu peux aller dans un truc plus léger. Tu n'as pas toujours les mêmes collègues avec qui tu t'entends pas forcément. Tu peux... Tu vois c'est un peu... Quand t'as des plus petits services, tu travailles toujours, enfin, avec les mêmes patients et moi je pense que ça joue. Mais c'est juste moi, il y en a qui trouvent ça inconfortable, hein, de changer. Mais je crois quand même que ça aère un peu.

I : Je voulais rebondir là-dessus, mais je ne vois pas comment le formuler... Au niveau de la dynamique d'équipe du coup, est ce que c'est le fait que ce soit plus multidisciplinaire tu vois ça comme...

R (me coupant) : C'était très difficile de manager. J'étais pas là au début, j'étais mobile, je venais de temps en temps, mais ça a été très difficile pour l'équipe, au début. De fusionner les 2 côtés, une seule équipe, il y a eu des histoires avec les infirmières-chefs, c'était compliqué. Et maintenant, je trouve qu'il y a quand même pas mal de nouvelles qui sont arrivées quand c'était en mode plateau, donc ils se sentent pas appartenir à un côté ou à l'autre côté, et ça donne un bon dynamisme et maintenant ce que je trouve c'est par exemple, maintenant, S. il est ancien de l'urologie, elles ont un problème de l'autre côté avec une sonde urinaire, il est clair qu'on va chercher son expertise et ça le met un peu en valeur. Enfin comment... Pareil avec les anciennes de gynéco. On sait qu'elles sont référentes en gynéco, que la plastique aussi. Il y a un peu des expertises qui sont mises en avant. Oui je pense que ça joue un peu.

I : Quand même une forme de reconnaissance quoi ?

R : Oui c'est ça.

I : Ok. Et cette dynamique positive tu crois que ça aide pour gérer la lourdeur du service ?

R : Oui je pense. Ben oui, moi je vois pas... On a on n'a pas de gens qui sont ... Bah si on a une collègue qui est partie à cause d'un burn-out, sinon c'est des choses, comment dire, des vraies maladies physiques, oui courte durée. J'ai pas en tête de l'absentéisme en disant elle est en burn-out, ou elle vient que 2 fois par semaine toutes les semaines elle repart.

I : Donc y a pas vraiment d'épuisement professionnel ?

R : Si tu vas demander à mes collègues, elles diront qu'elles sont épuisées.

I : Pourquoi elles le diraient ?

R : Parce que ce matin c'était lourd parce que ce matin il y en une qui n'est pas venue, elle déclarée comme n'étant pas remplacée. Normalement on est 8, et ce matin on était 6.

Forcément ça joue quoi.

I : Et vous n'avez pas d'aide quand c'est comme ça ?

R : D'habitude si, aujourd'hui non. On a toujours l'impression que, ça c'est vrai que c'est le côté négatif, ils ont l'impression qu'on est un peu une unité « poubelle », moi j'aime pas ce terme. Mais tu vois, avec les trucs de l'IFIC, nous on est resté IFIC 14, alors que tout le monde dans la filière IFIC 15. En chirurgie digestive, souvent il manque des gens on vient chercher chez nous, on demande « vous ne voulez pas venir aider ? ». Alors au début les filles sont sympas, OK. C'est toujours dans ce sens-là, nous on a jamais de l'aide du bas, et elles ont l'impression d'être un peu dénigrées par la hiérarchie, les cadres ça c'est un truc qui ressort régulièrement. Et c'est vrai que les cadres on ne les voit plus beaucoup... Et je voulais dire un truc par rapport à ça... J'ai perdu mon idée aussi. Ça c'est le truc tu vois, là qu'on nous met toujours... On a l'impression de recevoir tous les cas dont on ne veut pas ailleurs, et ça c'est ça c'est un truc qui nous embête, et qu'on respecte pas vraiment nos spécialités, déjà qu'il y en a beaucoup. On prend les délocalisations... Si on donne des consignes, par exemple, à la planif (service de gestion des séjours hospitaliers), en demandant que les gens arrivent plutôt entre 08h00 et 10h00 ou 11h00, parce qu'ils doivent aller en salle, comme ça on a le temps de les préparer, de s'organiser. Mais on dit 10 fois la même chose, ils demandent quand même à quelqu'un de venir à 12h00. À 12h30 on appelle de la salle, du coup on en subit les conséquences, il faut faire des trucs à l'arrache. Ça on a beaucoup, ça c'est des trucs qui alourdissent, des imprévus comme ça...

I : Les grains de sable...

R : Ouais

I : Et par rapport à la hiérarchie ? Donc c'est plus haut, les cadres et peut-être plus largement aussi, ou uniquement au niveau du département infirmier ?

R : En même temps on n'est pas soutenu par l'équipe médicale, puisqu'il y a tellement de médecins différents. Il y a une personne qui se sent « identitaire » tu vois, et qui va prendre le allez, qui va défendre l'équipe infirmière, en disant « c'est mon service », je ne veux pas que ça se passe comme ça dans mon service. Il y a plein de gens ouais...

I : Ça pour l'équipe c'est...

R : C'est un inconvénient, enfin un point négatif. Qui marque par rapport à la motivation et tout cela...

I : Mais elles sont quand même là, c'est que la dynamique d'équipe compense d'une certaine manière ?

R : Oui oui, maintenant peut-être que demain la semaine prochaine il y en a 3 qui disent « je viens plus j'en peux plus », je sais pas moi je suis nouvelle dans ce poste tu vois, ça fait pas longtemps que je me pose toutes ces questions-là et tout ça... Mais je trouve que c'est une unité où ça tourne.

I : On a déjà abordé ce qui aide, ce qui est plutôt soutenant par rapport à une charge de travail mais est-ce que toi tu penses à autre chose, d'autres éléments que tu vois comme positifs malgré une charge très lourde ?

R : Il y a un truc. Quand on appelle les monitrices en demandant ce qu'on peut avoir de l'aide ponctuellement pour ceci ou ça, on doit tout le temps justifier. *Tu vois, ils nous font pas confiance, et ça, ça moi je trouve ça... Comme si on allait exagérer. Tu vois ? Pourquoi elles nous font pas confiance ?* En soi, on leur dit oui on a besoin d'aide maintenant, c'est pas avec toutes les monitrices, mais c'est vrai que... Pourquoi tu dois insister, justifier, enfin...

I : C'est lourd, mentalement c'est lourd ?

R : Oui c'est ça.

I : Et positivement, qu'est-ce qui va faire que ce sera plus facile à gérer ?

R : Que tout se déroule comme c'est prévu ! Que tous les appareils fonctionnent, que la pharmacie livre tout, que tous les patients arrivent à l'heure, vont en salle à l'heure, ont leur traitement prescrit, c'est ça ouais.

I : J'ai posé toutes mes questions. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter, quelque chose qu'on aurait pas évoqué.

R : c'est spécifique ici cette histoire de pluridisciplinarité, et de cette recherche d'informations. C'est d'une spécialité à l'autre, ça c'est difficile. Et ok *s'ils avaient été IFIC 15 ils trouveraient sûrement la charge de travail plus... Bon mais il faut pouvoir l'entendre hein, c'est injuste quoi.* Oui franchement injuste parce que on a les mêmes cadres, quoi donc oui c'est je pense que ça agit beaucoup sur la motivation. C'est et à juste titre hein...

I : Tout à fait... Merci pour ta participation.

Après l'entretien, un point a été abordé : la participante me faisait part de la difficulté imposée par l'outil informatique qui limite l'ouverture de 4 dossiers de patients en parallèle, et qu'il est difficile d'avoir un aperçu rapide d'un patient lorsqu'on est interpellé à son sujet. C'est pour cette raison que les infirmiers utilisent une version imprimée des patients présents dans le service sur laquelle ils annotent les informations au fur et à mesure de leur shift.

Annexe 9

Retranscription Entretien n°6

Interviewer (I) : Est-ce que je peux vous demander de brièvement vous présenter en termes de d'expérience de travail ?

Répondant (R) : du coup moi j'ai je m'appelle N. J'ai 34 ans et j'ai été engagée donc à X (hôpital) juste après mon diplôme c'est-à-dire en 2013. Et du coup là j'ai jamais changé d'unité je suis toujours fixe à l'unité X depuis bah du coup maintenant 11 ans. Et bon pendant le COVID on a essayé de... Parce qu'on est voisins du XX (unité de soins), unité d'infectiologie donc, on a été la 2e unité à faire le COVID, qu'on a fait pas mal, assez longtemps on a été pas mal de fois fermé ouvert fermé. Du coup on a pas mal été dispatchés dans d'autres services pendant cette période-là, donc j'ai eu un peu un aperçu d'autres services de médecine interne. J'ai été un petit peu aider en gériatrie, un peu en pneumo. J'ai un petit peu voyagé pendant ce temps-là mais bon et forcément. Mais ma carrière entre guillemets d'infirmière a été a été en médecine interne en général.

I : Ok merci. Et vous travaillez à quel temps de travail ?

R : Ben là je suis revenue à 100% mais c'est vrai qu'après la 2e vague de COVID on a dû, parce que notre unité avait été sortie du COVID, et à la 2e vague on avait replongé dans le COVID. Là c'était un coup dur ouais, c'était un peu dur pour moi du coup moralement surtout. Du coup, là c'est vrai qu'après la 2e phase de COVID passée j'ai diminué mon temps de travail à 80% et depuis j'ai, j'avais repris 100%. C'était en juillet 2023 je pense que j'avais repris à 100% et je suis restée je pense un an et demi presque 2 ans à 80% du coup.

I : Quand je parle de charge de travail perçue donc la perception que vous faites de votre charge de travail qu'est-ce que ça vous évoque ?

R : Surtout en fait je trouve que *ce qui joue dans la charge de travail, notre travail est trop parasité par d'autres choses. On est trop interrompu. Moi c'est surtout ça qui, je trouve qui alourdit beaucoup le travail quotidien. Non seulement, voilà, on est moins, le travail est toujours là c'est pas pour autant qu'on a moins de patients, qui a moins de soins euh mais moi c'est surtout il y a trop de de travail qui nous parasite quoi. Le téléphone qui sonne on est interrompus, on continue, il manque un plateau repas. Ce sont que des exemples hein mais c'est vraiment vécu au quotidien, ben c'est à l'infirmière de s'en charger ! Une télécommande qui ne fonctionne pas, le chauffage fuite, enfin des trucs comme ça des, des choses qui pourrissent notre travail inutilement, voilà. Moi c'est, moi directement ça me fait penser à ça quoi.*

I : Ok. Et qu'est-ce que vous envisagez comme ressources par rapport à ça, si on si on prend les exemples que vous avez donnés point par point qu'est-ce qui pourrait faciliter justement ?

R : c'est ça c'est c'est clair qu'on est toujours au centre de tout, bah forcément surtout on se tourne toujours vers l'infirmière pour pour des choses comme ça quoi donc je sais pas très bien... Je réfléchis, mais enfin, il y a pas moyen de solutionner ça. Davantage en journée on a X (aide infirmière) qui répond au téléphone mais parfois il y a pas. Voilà, après chacun a son

fonctionnement. Chacun fonctionne différemment mais par exemple, souvent le téléphone sonne. Ben je me souviens qu'à l'époque où on avait un autre chef infirmier, souvent c'est lui qui prenait le téléphone et qui répondait beaucoup plus au téléphone, comme ça on était moins perturbés par des appels téléphoniques qui nous empêchent d'avancer dans notre travail. Après vous voyez, bêtement une télécommande qui marche pas bah oui ça tombe sur notre pomme. On va pas perdre du temps à aller chercher, je sais pas moi, un aide-soignant parfois : « Ah tu sais trouver une autre télécommande ? » Enfin, vous voyez ? Je, je sais pas, des fois j'ai pas l'impression qu'il y a une solution pour des choses comme ça parce que, voilà le patient, directement il se tourne vers nous. Mais voilà ça a l'air bête mais ça impacte beaucoup notre travail quoi, ça nous ralentit. Là nous sommes dans une tâche bien précise et on doit faire une autre tâche, revenir à l'ancienne tâche...

I : Et pour vous c'est source de quoi au niveau de la charge mentale ?

R : Bah du stress, oui quand même. Quand on a un pic d'activité, surtout au soir quand... Parce que notre service à nous c'est un service qui travaille beaucoup avec les urgences essentiellement on n'a pas vraiment de beaucoup d'entrées électifs, c'est rare d'avoir des entrées programmées. Ça arrive hein, mais c'est pas la majorité du coup c'est beaucoup d'inattendus, et d'un coup il y a il y a 3 entrées qui sont annoncées et c'est surtout le soir du coup, dans l'après-midi dans la soirée que les patients arrivent. On a aussi pas mal de de retours des soins intensifs du coup souvent c'est des patients quand même, allez, bien alourdis par le passage aux soins donc voilà. Ça dépend, c'est un coup de stress en plus on est interrompu de notre travail donc il y a encore ça, c'est vrai, du stress, un peu d'énervement oui.

I : Ok. Vous avez une grosse dizaine d'années d'expérience, qu'est-ce que vous voyez comme évolution entre le début de votre carrière et maintenant ?

R : Bah le fait d'avoir moins de collègues infirmiers, quoi. Ah je me souviens qu'à une époque on a on était tellement confortable que, que parfois, au moment même des fêtes, notre chef en faisant un horaire de fin d'année pour Noël nouvel an on pouvait se permettre d'être 3 infirmières l'après-midi et une aide-soignante ça c'était vraiment le luxe quoi. Un luxe qu'on aura, qu'on aura plus jamais je pense. Et là actuellement du coup moi je suis écartée du service mais bon j'ai quand même des échos assez réguliers de mes collègues mais voilà l'idée c'est être 2 infis pour un service le matin. Avant on était 3 à prendre le couloir en charge. Maintenant 2, mais ça pour moi c'est l'angoisse. Quand je vois quand je travaille comme ça. Heureusement il y a quand même une équipe qui reste fixe, oui on a une équipe quand même assez soudée donc... Il y a quand même des collègues qui sont là depuis bah depuis que je suis arrivée et qui restent donc on est solidaires entre nous mais voilà, ça reste difficile, ouais. Dans de telles conditions, parce que voilà la chose c'est que le travail ne change pas, les patients ils sont toujours aussi lourds parfois il faut pas grand chose pour que la charge de travail s'alourdisse. Un exemple, hier j'ai vu mes collègues on est allés à un souper. Hier matin ils étaient 2 infirmiers. Ben y a eu un ARCA. Mais quand on a un ARCA dans le service et qu'on est 2 ben c'est fini, c'est tout, tout le travail simplement est ralenti parce que bon il faut s'occuper de ça forcément, c'est normal. Et parce qu'on est que 2 infirmiers c'est toute la charge de travail qui est plombée. De l'extérieur ça a l'air de rien un infirmier en moins le

matin mais si, ça change vraiment tout quoi. Et en plus on avait enfin, là actuellement on va bientôt changer de chef, parce que notre chef a démissionné et quitte bientôt X (hôpital). On va avoir une nouvelle chef infirmière c'est à nouveau une période de changement, de stress voilà est-ce que cette nouvelle chef sera d'accord d'aller un peu en chambre ? Maintenant je pense que de plus en plus ils (la hiérarchie) demandent aux chefs de plus du tout rentrer dans les chambres, de plus participer aux soins, voilà. Mais pour nous c'est une petite main, pour repiquer une perf, pour une prise de sang, mais c'est toujours une aide hein. Et on apprécie énormément que notre chef infirmière rentre dans les chambres et c'est quand même bien quoi.

I : Et si je parle de la hiérarchie qu'est-ce que, donc même plus haut que l'infirmière-chef, qu'est-ce que ça vous évoque ?

R : Je pense ça évoque l'abstrait et *des gens surtout, voilà, qui sont plus sur le terrain et qui mettent en place des projets mais qui sont difficilement à adapter, oui dans la réalité dans le quotidien, oui.*

I : Vous pensez à quelque chose en particulier ?

R : Ben oui justement. C'est par exemple l'idée voilà je pense que cette idée de voilà... Donc, là dans le service il y avait une infirmière, il y a déjà maintenant 2 ou 3 ans là, qui partait donc on ferme le poste d'infirmier, et on ouvre un poste d'aide-soignant, parce que voilà, ils espèrent fonctionner comme ça maintenant. Ils ont été plus formés justement, à nous aider : prendre des paramètres et autres, voilà. Mais sauf que c'est une aide. C'est très appréciable mais voilà, fermer un poste infirmier de manière définitive parce qu'on ne trouve pas, moi je trouve pas c'est bien. On peut le fermer temporairement, le temps de trouver quelqu'un mais définitivement, certainement pas fermer un équivalent temps plein potentiel infirmier pour le remplacer par un par un poste Aide-soignant. Ça je trouve ça très dur quoi.

I : Et pourquoi ?

R : Ben parce qu'on trouve plus d'infirmiers, du coup ils veulent remodeler le système de fonctionnement et miser plutôt sur engager plus d'aides-soignants et même et qui sont formés à aider les infirmiers et qui ont plus de tâches, voilà, moi je trouve ça quand même incompréhensible quoi.

I : Et pourquoi ?

R : parce que il y a rien à faire, je trouve qu'une aide-soignante même hyper performante remplace pas une infirmière.

I : Et du coup pour vous c'est plus difficile de leur déléguer des tâches ou... ?

R : Non parce que y a des tâches que je peux leur déléguer, les paramètres, prendre les glycémies et autres, même faire certaines injections les sous-cutanées il me semble, des insulines, mais voilà. Mais après elles peuvent pas mettre une transfusion diluer des antibiotiques, faire des pansements. Moi c'est mon quotidien, donc voilà c'est des choses que je peux pas déléguer parce que voilà c'est comme ça. Ça fait partie du travail infirmier quoi.

Voilà, donc même quelqu'un d'hyper, hyper, hyper compétent qui est volontaire, performant, voilà il y a une limite et ne sais pas aller au-delà.

I : Ok. Si j'évoque le dossier infirmier ça, ça fait consonance par rapport à la charge de travail pour vous ou pas ?

R : au dossier du patient oui bah à nouveau, ça reflète pas la réalité quoi. C'est, c'est, le DI-RHM je pense à ça, qu'on fait 4 fois par an et à nouveau ça reflète qu'une partie infime du travail quoi.

I : Ok. Et en termes d'outils informatiques ?

R : bah c'est le X (programme informatique), moi je trouve que vraiment... On s'est habitué maintenant, ça fait 3 ans. *C'est un programme très vaste, il y a trop d'onglets pour... Y a trop de raccourcis il y a 10000 façons de rentrer dans un dossier. Je pense que y aurait moyen de... Ils auraient dû prendre un programme un peu plus simple. Quand on ouvre le dossier il y a trop d'onglets, trop de couleurs, on sait pas où regarder pour trouver la bonne info.* Après on s'habitue, ouais. Après ça va être les assistants qui galèrent quand ils commencent, voilà. Il faut quand même beaucoup de temps pour s'habituer et pour se dire que voilà maintenant je maîtrise ces mises en pages, quoi. Après, je trouve que le côté informatisé du dossier infirmier c'est la base parce que je me souviens qu'à une époque, enfin j'imagine que ça a changé mais j'avais été jobber aux soins intensifs et là elles notaient encore tout à la main pour moi c'est impensable que des ordres médicaux soient encore écrits à la main. Pour moi ça doit être informatique, parce que à la main je suis sûre que c'est une source d'erreurs. Ça devrait plus exister du tout quoi. Et vous n'avez pas... Pour la prise de paramètres, les notes voilà c'est informatisé on sait relire. Parce que chacun a son écriture. Sur une feuille ça peut générer des erreurs je trouve. Il y a des choses qui devaient être informatisées pour... Voilà plus du tout à la main.

I : Et par rapport aux prescriptions et au médical de manière plus globale vous voyez comme enfin quel est votre regard sur le fonctionnement du binôme médecin infirmier ?

R : Ben chez nous ça marche assez bien parce que c'est des médecins internistes. En chirurgie je sais pas trop, mais ici ils sont assez présents dans le service, ils sont assez accessibles donc moi je trouve qu'en tout cas, dans notre unité on a un bon fonctionnement dans l'ensemble. Ils sont assez respectueux, et on a toujours bien collaborés ensemble. C'est plus difficile quand on a des patients délocalisés, d'une autre discipline parce que le médecin qui prend en charge, on n'a pas toujours le bip. Ça c'est toujours embêtant, quand on a des patients déloc(alisation) de néphro(logie), c'est un exemple hein, mais voilà on a pas toujours le bip, c'est pas le bon bip, le collègue il est en consult(ation) ou il est pas là aujourd'hui, voilà. Ça c'est quand même beaucoup beaucoup plus difficile à gérer mais *avec nos médecins à nous, du service moi je trouve en tout cas ça a toujours été un très bon fonctionnement. Ils sont accessibles avec une communication au top.*

I : Parfait. Qu'est-ce qui selon vous va atténuer le sentiment de charge, voire de surcharge que vous ressentez pendant une journée de travail ? Ce qui va vous vous aider à tenir bon pour arriver au bout de la journée ?

R : Ben le fait d'être dans une unité que je maîtrise entre guillemets, c'est sûr que ça permet de mieux anticiper la charge de travail, pour moi en tout cas. Et ça me permet de mieux m'organiser, parce que je connais, je sais à quoi m'attendre. Après voilà, il faut, il faut aller jusqu'au bout de sa journée c'est encore oui je sais pas comment répondre et on est là et il faut assurer le travail, quoi.

I : Est-ce que le fait de travailler au sein de votre équipe parce que c'est donc au-delà du fait de connaître les pathologies et l'environnement, est-ce que le fait d'être avec vos collègues directs est-ce que ça va impacter votre charge ?

R : Des fois, *quand on arrive et qu'on reconnaît personne de l'équipe c'est un peu c'est aussi c'est beaucoup de stress en plus. Parfois je connais qu'un collègue, le reste ce sont que des intérimaires parce que voilà, maintenant c'est comme ça. Il y a qu'on n'est pas assez. Du coup, il y a beaucoup de demandes d'intérimaires. C'est vrai que quand on connaît les gens c'est beaucoup plus simple, on sait à quoi s'attendre, le travail est plus fluide, la communication est meilleure, voilà.* Quand on a des gens avec qui on n'a jamais travaillé c'est un peu... On sait pas si il faut être derrière, faut tout expliquer, c'est plus compliqué. On est moins à l'aise, c'est un peu plus de stress.

I : Et par rapport aux patients donc imaginons une journée vraiment très très lourde des patients qui nécessitent beaucoup de soins. Est-ce que il y a certains aspects des soins que vous voudriez faire mais que vous n'avez pas le temps de faire ? Qu'est ce que vous allez plutôt privilégier ? Ou qu'est-ce que vous allez laisser tomber ?

R : C'est parce qu'on a pas le temps de bien faire les choses. On doit postposer certains soins parce que voilà il y a trop de choses à faire chez un patient, du coup on aurait aimé, je sais pas moi, un exemple : repiquer une perf qui est un peu limite, ça commence un petit peu à indurer c'est un petit peu rouge... Mais vous avez toujours un reflux, ça coule toujours. Voilà idéalement faut repiquer, mais ça fait partie des choses qu'on va postposer parce que moins important de votre travail qui est à faire aujourd'hui. Imaginons le pansement de voie centrale, j'ai pas le temps de le faire, ben on le fera demain s'il est encore propre, encore correct. Mais c'est une moins bonne qualité de soins. Mais si le pansement de voie centrale est complètement souillé ou défait, on va pas postposer. Des fois, ben on temporise on postpose certaines choses qu'on est censé faire le jour-même, quoi.

I : Et ça génère quoi chez vous ?

R : Bah, on est pas tellement satisfait, on est pas tellement contents du travail qu'on a fait. On aurait préféré mieux faire, bah oui accomplir ces tâches, parce que c'est un truc en plus à postposer pour le lendemain. Le lendemain, à nouveau on sait pas la charge de travail comment elle sera, voilà. Il y a des choses quand même voilà on se dit la perf va surement lâcher, ça va peut-être être pour ma collègue du soir ou de de la nuit. Bon on a l'impression de pas avoir fait son travail correctement, et de pas être de pas être content du travail qu'on a accompli, quoi.

I : Ok. Euh bah merci je vais pas vous vous retenir plus longtemps. Avez-vous quelque chose que vous aurez envie de me dire en plus ou un autre exemple ?

R : Oui ! Ce qui est très... *Qui freine énormément le travail c'est le robot de la pharmacie. Ça c'est incroyable. Comme quand on a besoin d'un médicament en urgence, c'est pas possible.* Et pourquoi ? Parce que le robot fait ses tours, là. Je sais pas quoi, il se met en mode automatique. Je sais pas si vous l'avez, vous, en salle d'op ce robot. *S'il se met dans une phase où il compte les médicaments, ou s'il est en train d'enlever ou de trier ses médicaments, et qu'il est en mode automatique, où il se lance dans quelque chose... Et c'est vrai que, si on a pas le médicament dans une pharmacie pirate, qu'on est plus censé avoir, ou on farfouille dans les médicaments des autres patients.* On pique un Dafalgan® par-ci par-là pour un patient parce que voilà, il a mal maintenant. *Comment expliquer au patient hein, le robot s'est mis en route, je peux pas le stopper. Vous devez attendre, vous l'aurez quand le robot a terminé de faire son je sais pas quoi, là.* Ou parfois, le stock est vide et oui, le pharmacien ou les personnes de la pharmacie sont censées venir mais c'est qu'ils ont aussi leur charge de travail à eux. Bah du coup ils viennent pas, ils ne savent pas venir maintenant, ils vont venir plus tard. C'est incroyable, je peux donner un exemple très concret. J'avais essayé d'aider à l'unité de sevrage alcoolique, et là un patient avait besoin d'un Temesta® parce qu'il se sentait pas bien, il était en manque. *Ben écoutez je dois attendre 45 min quoi. 45 min pour un Temesta® ! J'ai même appelé le pharmacien j'ai dit que c'est maintenant, il faut venir maintenant avec un Temesta®, moi j'en ai besoin.* Bon, le patient finalement a été assez calme, voilà, il a compris. Mais oui aucun autre patient n'avait ce médicament, j'ai pas pu piquer, entre guillemets un Temesta® dans un autre casier de patient parce que personne n'avait ça Per-os. Voilà bah du coup, le patient il l'a pas eu dans les délais corrects. C'est quand même assez... C'est peut-être pour la facturation, c'est mieux, y a moins de pertes pour l'hôpital, mais au quotidien... Après c'est vrai que le positif c'est qu'on a plus à préparer les médicaments, ça je dis pas ce n'est pas négatif hein c'est le robot qui nous prépare le pack de médicaments. Mais voilà, maintenant s'il faut les médicaments en urgence, ben c'est un frein.

I : Merci. Vous pensez à autre chose ?

R : Non.

I : Merci pour votre aide

Annexe 10

Retranscription Entretien n°7

Interviewer (I) : Mon travail porte sur la charge de travail des infirmiers à l'étage chez les adultes, mais plus sur l'aspect subjectif donc ce qui va faire que votre charge de travail vous paraît très lourde ou moins lourdes.

Répondant (R) : D'accord

I : Est-ce que je peux vous demander de vous présenter brièvement en termes de carrière professionnelle ?

R : Oui. Moi j'ai travaillé 15 ans en médecine interne et ça fait presque 3 ans maintenant que je suis au XX (oncologie adulte).

I : Et vous travaillez avec quel temps de travail ?

R : Ben j'ai commencé temps-plein mais là je suis mi-temps.

I : Parfait. Merci. Donc, quand je vous parle de charge de travail perçue qu'est-ce que ça vous évoque ?

R : Euh, Ben ça, ça me ça me parle que, oui il y a la lourdeur en général, la lourdeur au niveau de la prise en charge. Et, et souvent que voilà, on n'est pas beaucoup aidé quoi.

I : C'est-à-dire ?

R : Ben les sous effectifs du personnel.

I : Pas assez d'infirmiers ?

R : C'est ça

I : Et qu'est-ce que, bon on sait que la la c'est difficile de trouver du personnel supplémentaire il y a les contraintes budgétaires, qu'est-ce que vous qu'est-ce qui pourrait vous aider d'autre, selon vous ?

R : Euh mais il faudrait peut-être former plus les aides-soignantes, comme on fait maintenant un peu, mais mais c'est pas assez. Parce qu'on est quand même plus... On est toujours... On est toujours à révéifier après aussi quoi, c'est pas toujours aidant.

I : Et pourquoi ? Parce que ils sont pas assez formés ou autre chose ?

R : Pas assez formés, je pense oui

I : OK et ce qu'il y a d'autres aspects du travail qui vont, qui vont peser pour vous, d'autres éléments que la prise en charge des patients ?

R : Euh... Moi je trouve que c'est vraiment ça qui, qui est essentiel. Si y a pas assez de personnel, ben peu importe le travail et même si c'est des patients... la lourdeur des patients, ben ça restera beaucoup plus à faire pour une infirmière quoi.

I : Et selon vous il y a pas d'autres éléments qui parasitent vos prises en charge ?

R : Mais tout ce qui est administratif aussi beaucoup. On passe beaucoup de temps sur l'écran maintenant aussi. Donc ça aussi ça peut être, ça peut nuire le temps qu'on passe au chevet du patient quoi.

I : Vous passez beaucoup de temps derrière l'ordinateur au détriment du patient ?

R : Voilà

I : Ok. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vont, qui vont peser ? Imaginons 2 journées de travail avec les mêmes patients, avec la même lourdeur de prise en charge il y a une journée qui va mieux se passer qu'une autre. Qu'est-ce qui va expliquer ça ?

R : Bah le nombre suffisant de, du personnel.

I : Ok

R : Moi je pense que c'est, que c'est vraiment essentiel. Et aussi les pathologies des patients quoi. Donc si c'est des traitements assez lourds à donner, ben ça prend plus de temps forcément.

I : Et vous avez, vous avez toujours tout ce qu'il faut à disposition pour pouvoir réaliser les soins ?

R : Euh... Jusque-là oui, je n'ai pas eu trop de soucis pour ça, non.

I : D'accord. Et au niveau de l'équipe, vous avez une équipe assez stable ?

R : J'ai fait 15 ans de médecine, c'était assez stable, mais depuis que, quand j'étais en COVID, on a fait quand même tout le Covid en médecine interne. Depuis lors, ça c'était fort déstabilisé. Et après quand je suis partie, je suis passée au XX (unité d'oncologie), là aussi c'est une équipe qui est en permanence en changement.

I : Et quel est votre regard là-dessus ?

R : Ben, je suppose que ... (hésitante) En fait les gens sont un peu plus, se rendent plus vite compte de l'importance du bien-être au travail aussi. Dans notre service, ce qu'il y a c'est qu'il y a beaucoup de patients, et voilà, il faut tout le temps être en activité, et je pense que ça fait beaucoup pour que les gens partent.

I : Pour vous, c'est vraiment le fait que vous n'êtes pas assez pour pouvoir prendre en charge correctement ?

R : Ouais, pas assez. Si les gens sont partis c'est parce qu'ils étaient, qu'ils trouvaient qu'il y a avait beaucoup trop peu de monde pour ce qu'il y a à faire quoi.

I : Selon vous, est-ce qu'il y a des facteurs qui vont quand même atténuer cette lourdeur de charge de travail ?

R : Euh... (Elle hésite). Il y a le facteur aussi du bien-être au travail avec le fait du personnel, si on a une bonne équipe ça passe mieux aussi. Honnêtement. Il y a aussi le côté horaires qui peut faire qu'on est un peu mieux aussi... Si on est à plus à l'écoute des horaires du personnel.

I : Donc tout ce qui est entente des demandes pour les horaires ?

R : Oui c'est ça, si on veut faire par exemple, pas beaucoup de nuits, et qu'on vous met tout le temps des nuits ou tout le temps des soirs, ben ça fait forcément pas envie de rester quoi.

I : Vous avez parlé de la bonne entente dans l'équipe, ça c'est aussi important...

R : Oui je pense que ça peut jouer beaucoup sur l'aspect professionnel, le bien-être au travail, oui ça aide en tout cas, à surmonter la journée.

I : Ok. Et vous voyez d'autres choses ?

R : (Elle réfléchit) ... le personnel, les horaires, le nombre de patients aussi, ça joue beaucoup, par infirmière. Et aussi le salaire, je pense. Voilà, beaucoup partent aussi parce qu'elles ne sont pas assez payées.

I : Vous êtes aussi impactées par le système de valorisation salariale ? Ou vous êtes passée dans l'IFIC 15 ?

R : Oui, moi j'ai pas l'IFIC 15, j'ai toujours l'IFIC 14.

I : Et ça génère quoi au sein de l'équipe ?

R : Oui... Ben il y a eu des départs à cause de ça aussi. Les gens sont partis, voilà, parce qu'ils préfèrent travailler ailleurs et qu'ils sont mieux payés quoi. Il y a eu des démissions aussi sur ça, effectivement. Oui, sur le plan financier.

I : Et par rapport aux autres intervenants du service, l'équipe médicale et paramédicale, comment ça se passe pour vous ?

R : Au niveau médical ça va, on a toujours accès à un médecin facilement. Ça, ça va. Et tout ce qui est paramédical, ça va aussi. On est une bonne structure pour que l'infirmière puisse faire son travail correctement. Sur ça je pense qu'il n'y a pas de soucis.

I : Bien. On a évoqué tout ce qui est l'aspect matériel. Je ne sais pas s'il y a autre chose que vous voulez rajouter par rapport à ça ?

R : En tout cas-là je suis maintenant, en fait, tout est fait pour que l'infirmière elle ne fasse que ces tâches d'infirmière quoi. Donc le matériel, le paramédical aussi. En fait tout est fait pour qu'on a accès directement à tout. Alors qu'en hospitalisation, peut être des fois, on a des patients qui ont besoin de matériel auquel on a pas toujours accès. Donc faut chercher le matériel quoi dans l'hôpital. Mais ça peut être un frein parce qu'il faut chercher, il faut téléphoner, en hospitalisation c'est un peu plus difficile je pense.

I : Mais donc du coup c'est confortable là où vous êtes maintenant, c'est ça ?

R : Oui, c'est beaucoup plus confortable effectivement oui, parce que j'ai directement accès à tout alors que dans les autres services c'est un peu plus difficile par moment.

I : Ok parfait. Écoutez, moi j'ai fait le tour de mes quelques questions. Pensez-vous à autre chose que vous souhaitiez aborder ?

R : Non, je pense qu'on a fait le point.

I : Très bien. Eh Ben Merci beaucoup pour votre aide.

R : Pas de souci, avec plaisir. Bonne journée.

I : À vous aussi, au revoir.

Modélisation de la charge de travail perçue des infirmiers

