

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES APROVIATIONS

AFMC : Association des Facultés de Médecine du Canada

AFNOR : Association Française de Normalisation

AMAR : Auxiliaire Médicale en Anesthésie Réanimation

CII : Le Conseil International des Infirmiers

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CSP : Code de Santé Publique

DSI : Démarche de Soins Infirmiers

EPH: Etablissement Public Hospitalier

IOM: Institute of Medicine

ISO: International Organization for Standardization

OMS: Organisation Mondiale de Santé

PDCA: Plan, Do, Check, Act

QT: Qualité Total

SI: Soins Infirmiers

SOMMAIRE

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	III
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1

CHAPITRE I :

PRESENTATION GENERALE DE LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIER

INTRODUCTION.....	4
1. CADRE CONCEPTUEL DE LA QUALITE.....	4
2. QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIER.....	11
CONCLUSION.....	24

CHAPITRE II :

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE NUIT DES INFIRMIERS

INTRODUCTION.....	24
1. PRESENTATION ET DESCRIPTION GENERALE DE TRAVAIL DE NUIT.....	24
2. LES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	31
CONCLUSION.....	38

CHAPITRE III :

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIERS DE NUIT ET LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS AU MILIEU DE L'EPH DE KHERRATA

INTRODUCTION.....	40
1. STRATEGIE ET METHODE DE L'ENQUETE.....	40
2. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE	46
3. DISCUSSION DES RESULTATS.....	71
CONCLUSION.....	74
 CONCLUSION GENERALE.....	76
 BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXE.....	82
LISTE DES TABLEAUX.....	89
LISTE DES FIGURES.....	91
RESUME	

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction générale

Au fil du temps et de ses conquêtes, le travail est devenu de plus en plus important, non seulement pour l'être humain, mais aussi pour toutes les collectivités qui leur permettent d'atteindre leurs objectifs et le développement économique souhaité.

A l'époque, avant l'avènement de la société industrielle, le travail s'exerçait le jour, et s'arrêtait pendant la nuit, et qu'il était important de reprendre le travail dès le lever de soleil, mais depuis l'invention de la lumière artificielle, le travail de nuit est en constante augmentation, sachant que ce dernier n'est pas autorisé de s'exercer sauf que pour quelques cas (comme les agents de fabrication dans l'industrie, les agents de surveillance, les personnels de soins,...), pour des raisons économiques, ou encore pour des raisons de continuité des services comme pour les soins de nuit.

Les soins de nuit sont assurés par un personnel de soin comme les médecins de garde, sages femmes et aussi les infirmiers. Le travail qu'effectuent ces derniers au cours de leur pratique professionnelle occupe une grande part dans le domaine de la santé.

D'après le Conseil International des Infirmiers de 1956 « l'infirmier est celui qui ayant suivi un enseignement de base, est apte et habilité à assurer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers, qui requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades », la mission de l'infirmier ne se limite pas seulement à l'élaboration et de la mise en œuvre du projet de soins du patient, mais aussi il intègre ses capacités de professions afin d'assurer un bon fonctionnement de son lieu de travail (hôpital) surtout la nuit.

Un bon fonctionnement et la continuité des soins, dépendent essentiellement d'un nombre de facteurs, auxquels les infirmiers sont exposés ; ces facteurs appelés notamment « les conditions de travail », jouent un rôle très important dans leur carrière, elles dépendent de l'intensité des efforts physiques et de l'environnement dans lequel ils exercent leur activité. Mais le problème posé c'est que ces conditions, n'ont pas été d'une grande source de préoccupation en comparaison à d'autres secteurs d'activités d'industrie.

Pour un bon fonctionnement de n'importe quel secteur d'activité, le système de santé détient un certain nombre d'établissements qui devraient assurer des soins de qualité. Cette mission passe essentiellement par l'assurance des conditions de travail favorable pour nos

infirmiers, qui assurent la permanence pendant la nuit, afin d'exercer leur métier convenablement.

Or, les conditions de travail des infirmiers ne cessent de se dégrader, surtout dans le service des urgences, ils sont pénibles et défavorables, vu les règles d'hygiène qui ne sont pas respectées, l'insuffisance et l'inefficacité du matériel, absences des périodes de repos manque de sécurité, ce qui influencent directement sur la sante du personnel et automatiquement sur la qualité de la prestation des soins.

Cette réalité auquel sont confrontés nos établissements de santé, fait l'objectif de notre travail, où on va essayer de savoir et de décrire d'une façon précise le fonctionnement des établissements de santé et de pouvoir comprendre davantage et d'analyser les conditions de travail des infirmier de nuit qui paraissent difficiles dans le service des urgences , et leur influence sur la qualité de la prestation de soin, ce qui donne lieu de répondre a la question suivante: **le travail de nuit tel qu'il est exercé actuellement dans nos hôpitaux, aura t'il une influence sur la qualité de la prestation des soins?**

Pour répondre à cette interrogation, d'autres questions méritent réflexion à savoir :

- La programmation des périodes de repos pendant la nuit, constituent- elles une solution pour l'amélioration des conditions du travail de nuit ?
- Le sentiment d'insécurité peut-il constituer un obstacle pour le travail de nuit ?
- La spécialisation des taches participant-elles à l'organisation du travail de nuit ?

Afin de répondre à ces questions, nous baserons notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

- La programmation des périodes de repos pendant la nuit, constitue une solution pour l'amélioration des conditions de travail.
- Le sentiment d'insécurité, constitu un obstacle pour le travail de nuit.
- La spécialisation des taches participe à l'organisation du travail de nuit.

Dans ce travail, notre démarche méthodologique suivie est basée dans un premier temps sur une recherche bibliographique et documentaire de tous les ouvrages et rapports et documents qui sont en relation directe avec les différents aspects théoriques et réglementaires de la présente étude.

En plus de la recherche documentaire et la collecte de données portant sur le sujet, un stage pratique a été réalisé au sein de l'EPH de KHERRATA.

Notre travail est composé de trois chapitres, nous traiterons dans le premier chapitre, des généralités sur la qualité de la prestation des soins afin de déterminer de quoi cette dernière est dépendante et de voir ses relations avec les conditions de travail de personnel infirmier.

Le deuxième est consacré à une présentation globale du travail de nuit des infirmiers, comme on va traiter aussi le travail d'équipe car il joue un rôle très importants dans l'établissement de santé et le plus important dans ce chapitre c'est de présenter les conditions de travail de nuit et ces effets.

Quant au dernier chapitre, il sera une présentation des résultats de notre questionnaire, dans lequel nous essayerons de les interpréter et de les mettre en relation avec nos connaissances déjà acquises, mais avant cela une petite présentation du lieu de l'enquête est nécessaire.

CHAPITRE I :
PRESENTATION GENERALE DE LA
QUALITE DE LA PRESTATION DES
SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I : PRESENTATION GENERALE DE LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIER

INTRODUCTION

Depuis quelques années, que ce soit dans les domaines économiques, industriels, ou dans les services de santé, on évoque partout la qualité. Cette notion absolument subjective, peut sans doute être associée aux premières préoccupations de l'homme dès son origine, puisqu'elle traduit fondamentalement la recherche de l'adaptation de chaque chose à son usage prévu.

La qualité de la prestation des soins est un sujet d'actualité. Certes, mais pas nouveau pour une profession infirmier qui a, en effet, toujours eu le souci d'offrir aux malades des soins de qualité. Aujourd'hui, l'évaluation de la qualité de prestation des soins est nécessaire pour plusieurs raisons :

- La formalisation des tâches et des rôles propres de chaque agent est nécessaire dans une optique d'amélioration de moyens.
- Des contrôles administratifs et réglementaires vont être mis en place par les agences d'hospitalisation.
- La sécurité des soins dans le domaine des surveillances devient une nécessité.

I- CADRE CONCEPTUEL DE LA QUALITE

Le concept qualité évolue si vite qu'on ne peut faire abstraction d'un peu d'histoire pour se faire une idée de la qualité d'aujourd'hui et de demain.

1. Bref historique

Etape I : Avant l'avènement de l'ère industrielle

La notion de la qualité est apparue très tôt dans l'histoire de l'homme et n'a cessé de se développer. Elle remonte aux origines de l'homme, à l'instant où il a commencé à

fabriquer ses premiers outils. L'histoire de la qualité, telle qu'elle est perçue et définie de nos jours, remonte à l'avènement de l'ère industrielle moderne, elle est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX^e siècle, début du XX^e siècle.

Dans cette période, les produits et articles fabriqués étaient réalisés par des artisans, des compagnons et des apprentis qui ont appris le métier. Son objectif principal a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement vers la satisfaction des clients.

Etape II : Après la révolution industrielle

Avec le temps les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies, suite à la Révolution. L'arrivée de la notion de qualité date des années 1930 avec l'arrivée d'un courant de pensée celui de l'avènement du taylorisme qui propose des méthodes nouvelles de travail et d'organisation pour maîtriser la qualité des produits dans les organismes industriels.

Ce courant de pensée est né au sein d'une entreprise célèbre, la Bell Téléphone aux USA, conduit par M. Schewart, (un physicien américain), qui parle de processus et de mesures statistiques pour contrôler les évolutions d'un secteur d'activité qui a connu un succès limité. Or ces mesures, donnaient des indications sur la qualité, mais sans permettre de prévenir les erreurs.

Puis en 1950, le développement des matériels électroniques utilisés par l'armée et l'agence spatiale fait apparaître la notion de « coût de la non qualité ». Ce concept est introduit au Japon par E. Deming¹ dans un contexte de management de la qualité : ASSURANCE QUALITE d'où on passe alors à la notion de qualité par la prévention. Les principes de la qualité totale sont posés par J.M. Juran² selon trois principes : la planification, le contrôle, et l'amélioration continue de la qualité.

Dans les années 1960, fut apparaître l'idée de la qualité totale. Certains experts japonais notent en effet la nécessité de changer de mode d'organisation et de système de

¹ William DEMING (1900-1993), ingénieur de formation et fondateur du mouvement de la qualité en 1952 aux USA.

²J-M Juran, diffuseur de la gestion de la qualité avec son livre « *Quality Control handbook* ».

pensée pour aller plus loin dans le domaine de la qualité. Le professeur, Ishikawa "père des cercles de qualité", formalise et diffuse auprès de toute l'industrie des biens et des services japonaise, il développe le concept de qualité pour toutes les strates de l'entreprise.

En 1987, Les premières normes ISO³ 9000 (International Organization for Standardization) relatif à la gestion de qualité sont publiés, ils ont connu un succès éclatant dans le monde et ont été adoptées par plusieurs pays. Elle a pour mission de favoriser le développement de la normalisation dans le monde, en vue de faciliter les échanges de biens et de services entre les nations, et de développer la coopération dans les domaines scientifique, technique, et économique.

En 1993, ils étaient adoptés comme normes nationales par 73 pays. Les normes ISO 9000 ont connu depuis deux révisions ; une première révision en 1994 que nous appellerons ISO 9000 : 1994 , et une deuxième révision en décembre 2000 que nous appellerons ISO 9000 : 2000.

Actuellement, la dernière norme en vigueur est l'ISO 9001 :2008, mise à jour fin 2008.

Trois séries de normes, basées sur le concept de l'Assurance Qualité, décrivent le système de management de la qualité :

- ✓ « ISO 9000 : 2000 » : principes essentiels et vocabulaire, la norme décrit les principes d'un système de management de la qualité et en définit la terminologie.
- ✓ « ISO 9001 : 2000 » : exigences ; décrit les exigences relatives à un système de management de la, il s'agit ainsi d'un ensemble d'obligations que l'entreprise doit suivre.
- ✓ « ISO 9004 : 2000 » : lignes directrices pour l'amélioration des performances.

2. Définitions de la qualité et de ses concepts

D'une manière générale, la définition de la qualité a évolué d'une définition professionnelle, centrée sur la qualité technique du produit ou du service fini, vers une définition incluant le degré de satisfaction des attentes des parties prenantes.

³ ISO : (International Organisation for Standardization ou Organisation Internationale de Normalisation) qui contribue au développement de la normalisation. L'ISO élabore des normes internationales, dans tous les domaines à l'exception des secteurs électriques et électroniques.

2.1. Quelques définitions de la qualité

« La qualité est une démarche qui permet de rompre avec la conception Taylorienne de l'organisation du travail⁴, la qualité implique la participation, elle autorise le travail de groupe, elle permet aux salariés, quel que soit leur niveau hiérarchique, de concourir à la conception et à l'amélioration de leur propre tâche. En un mot, elle permet à chacun de s'approprier à son travail. »⁵

Selon l'ISO, la qualité est « Ensemble des caractéristiques d'une entité (produit et service) lui conférant l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des clients et visant à une amélioration continue ».⁶

Ceci signifie que la qualité est définie comme la capacité d'une organisation à produire un bien ou un service sans erreurs, et avec un coût réduit.

La qualité se décline ainsi en deux axes :

- **la qualité externe** : correspondant à la satisfaction des clients. Il s'agit de fournir un service conforme aux attentes des clients.

- **la qualité interne** : correspondant à l'amélioration du fonctionnement interne de l'entreprise. L'objectif de celle-ci est de mettre en œuvre des moyens permettant de décrire au mieux l'organisation, et de repérer les dysfonctionnements.

3. Concepts fondamentaux de la qualité

Pour mieux comprendre la notion de qualité, on va essayer de définir ses différents concepts fondamentaux

⁴ Les principes de l'organisation scientifique de travail a été mise en place par Tylor qui est une méthode de management et d'organisation des ateliers de production, qui vise à limiter les temps morts dans le travail des ouvriers, et qui se base sur une division des tâches dont le but est d'accélérer la production, améliorer la productivité du travail et du capital. Taylor note qu'il est impossible de réaliser une production de masse sans un minimum d'organisation et de discipline c'est pour cela, son principe se repose sur une double division du travail :

- La division horizontale du travail qui consiste à parcelliser les tâches en un ensemble de gestes simples et répétitifs confiés aux ouvriers.
- La division verticale du travail, qui isole les tâches de conception, laissées à la hiérarchie et les tâches d'exécution imposées aux ouvriers.

⁵ Geneviève POIRIER-COUTANSAIS : « La qualité, Pourquoi ? Comment ? », Décembre 1987.

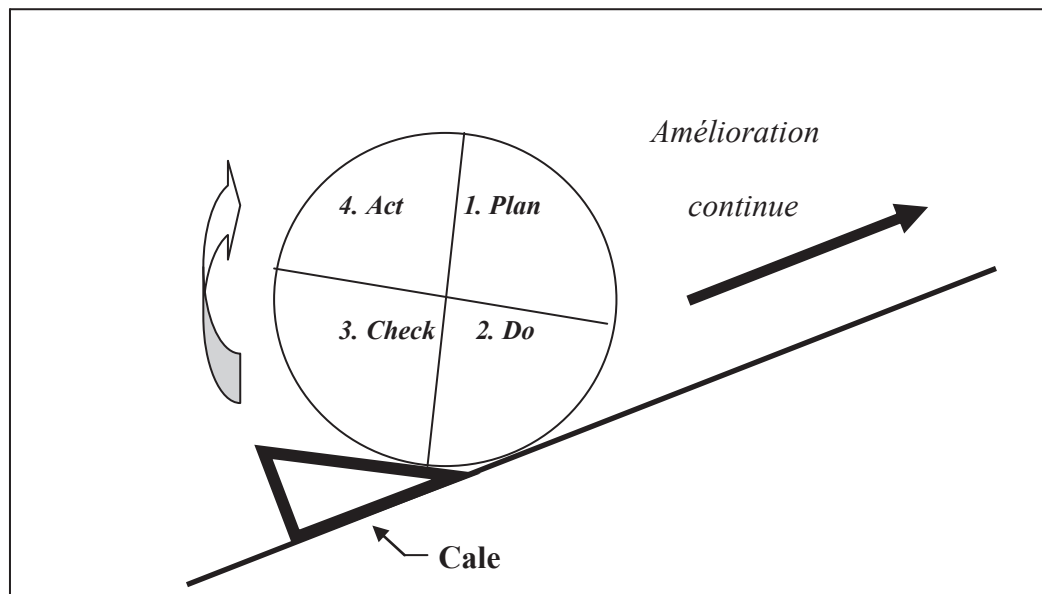
⁶ ANAES : « Qualité des soins », revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire, NOVEMBRE 1999.

3.1. L'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité est un outil de management ayant toujours pour objectif la satisfaction des clients et la recherche constante de l'amélioration de la qualité

Elle a été décrite en 1951 par Deming W.E sous le terme de cycle **PDCA** (Plan, Do, Check, Act) ou Roue de qualité (4 P).

Figure 1 : PDCA, roue de Deming



Source : Hervé Leclet, CLAUDE Vilcot : « Construire le système qualité d'un établissement de santé », p.XVI. AFNOR. 2000

PLAN : planifier : C'est prévoir avant de faire. C'est de définir ce que l'on veut obtenir et comment l'obtenir.

DO : réaliser, pratiquer : Il s'agit de mettre en place le plan d'action. Agir conformément à ce qui a été prévu.

CHECK : vérifier, prouver : C'est de vérifier que ce qui a été fait est conforme à ce qui a été planifié.

ACT : agir et progresser : C'est l'amélioration, c'est corriger les écarts, traiter les non-conformités.

Ce schéma, représente la roue de DEMING, qui est une illustration de la méthode qualité PDCA (Plan Do Check Act), cette méthode comporte quatre étapes, chacune

entraînant l'autre, et vise à établir un cercle pur. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, ou d'un service.

La première étape, **Plan**, consiste à planifier la réalisation, après c'est l'étape **Do** qui est la réalisation de service. Suivie de l'étape **Check**, qui consiste à contrôler l'aptitude de la solution mise en place à résoudre le problème ou à améliorer le processus, puis l'étape **Act** consiste à agir et réagir. L'étape Plan amène donc un nouveau projet à réaliser, donc une nouvelle planification à établir. Il s'agit donc d'un cycle que l'on représente à l'aide d'une roue. À chaque étape, la roue avance d'un quart de tour. De plus, pour éviter de « revenir en arrière », on représente une cale sous la roue, qui symbolise un système qualité.

3.2. Assurance qualité

Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité (ISO)⁷.

3.3. Audit qualité

C'est un examen méthodologique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs (ISO)⁸.

*Les objectifs de l'audit qualité sont :

- ✓ Elaborer un état des lieux précis pour évaluer les mises en conformité nécessaires par rapport à un référentiel donné (norme ; textes réglementaires, cahiers des charges, spécifications clients,...).
- ✓ Vérifier que les dispositions organisationnelles (processus) et opérationnelles (procédures, instructions, etc...) sont établies, connues, comprises et appliquées.
- ✓ Vérifier l'efficacité du domaine audité, c'est-à-dire son aptitude à atteindre les objectifs.
- ✓ Identifier des pistes d'amélioration et des recommandations pour conduire l'entreprise vers le progrès.

⁷ Norme ISO 8402.

⁸ Idem .

- ✓ Conforter les bonnes pratiques observées pour encourager les équipes et capitaliser ces pratiques dans l'entreprise.

3.4. Démarche qualité

Une démarche qualité est l'ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.

3.5. Evaluation de la qualité

Activité formelle et systématique destinée à identifier des problèmes, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont effectives.

3.6. Qualité totale(QT)

Stratégie globale pour laquelle un établissement met tout en œuvre pour satisfaire ses clients. C'est un mode de management avec une méthode spécifique.

La spécificité de la qualité totale repose sur ces quatre critères à savoir :

- Elle est appliquée à tous les stades de l'activité
- Elle se veut une politique de participation totale ce qui veut dire que la qualité est l'affaire de tous les membres de l'entreprise.
- Sa mise en œuvre doit être organisée.
- Et, sa finalité c'est la satisfaction des clients.

3.7. Management total de la qualité

C'est une forme de management de la qualité qui s'appuie sur la participation de tout le personnel de l'organisme et qui vise au succès à long terme par la satisfaction des clients et à des avantages pour tous les membres de l'organisme (ISO).

3.8. Politique qualité

Elle est définie comme les orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction (ISO).

3.9. Système qualité

Ensemble de l'organisation, des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre le management de la qualité (ISO).

3.10. La maîtrise de la qualité

La qualité n'est pas une affaire de spécialistes du contrôle, mais qu'elle implique la direction générale, exige la participation active de l'ensemble du personnel : c'est la notion de « *quality control* », traduit finalement par « maîtrise de la qualité » et non pas par « contrôle de la qualité » (en anglais « *quality inspection* »).

Après avoir réfléchi à la notion de qualité en général, qu'en est-il de la qualité dans le domaine des soins et de la santé ? C'est ce que nous allons voir dans la section suivante.

II- QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIER

Parler de nos jours, de la qualité dans le milieu sanitaire reviendrait à interroger une réalité multiple. Le terme de qualité au milieu hospitalière, nous fait comprendre que la qualité c'est l'hygiène, c'est la sécurité, c'est la satisfaction, ou encor une bonne démarche en soins faite par les infirmiers, toutes ces proposition nous pousses à mieux comprendre le terme "qualité" en santé.

1. Les soins infirmiers(SI)

1.1. Définition des soins infirmier.

« On entend par soins infirmiers (SI), les soins dispensés, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants, quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé⁹, la prévention¹⁰ de la maladie, ainsi que les soins distribués aux personnes

⁹ Promotion de la santé : Dans la Charte d'Ottawa, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. (...) Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du champ sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».

malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier c'est d'offrir des soins de bonne qualité. »¹¹

Les soins infirmiers sont traditionnellement dispensés par les infirmiers et infirmières et pour mieux comprendre cette définition, on est amené à définir le terme « infirmier », et de préciser en quoi consiste son rôle.

A. Définition de l'infirmier

D'après l'Article R.4311-1 du code de santé publique français:

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu ». ¹²

Le conseil international des infirmiers(CII) de 1956 : « l'infirmier est celui qui ayant suivi un enseignement de base, est apte et habilité à assurer dans son pays, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers, que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades ».

D'après ces deux définitions, on comprend que le rôle propre de l'infirmier consiste à assurer des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

B. Le rôle propre de l'infirmier

Les soins infirmiers relevant du rôle propre de l'infirmier sont définis aux articles 43110-3 à 4311-5 du code de santé publique(CSP).

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier a l'obligation après avoir évalué les besoins du malade et posé un diagnostic infirmier¹³, de prendre l'initiative de ces soins, d'en organiser la mise en œuvre, d'encadrer, de contrôler les aide-soignant et auxiliaire de

¹⁰ La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

¹¹ Définition selon le Conseil International des infirmiers (CII)

¹² Article R.4311-1 du code de santé publique

¹³ Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes présents et potentiels aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier est responsable. Le diagnostic infirmier s'effectue dès le début de la prise en charge du patient. A la différence du diagnostic médical dont le but est un examen clinique de la personne afin de poser un diagnostic médical puis la description de la pathologie en vue d'une prescription médicale, la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes et la maladie.

puériculture dont ils peuvent solliciter la collaboration après s'être assuré de leurs compétences du fait de leur formation. »¹⁴

Pour résumer, l'infirmière a deux rôles bien spécifiques :

- * dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier réalise des gestes techniques, qui peuvent différer selon le lieu qu'elle exerce. Ses actes peuvent être très variés : aide à la prise des médicaments, Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire, prévention et soins d'escarres, la surveillance des personnes en chambre d'isolement, contrôle et prise de la tension artérielle du patient, Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ...etc.
- * D'autre part, l'infirmier réalise les actes qu'elle ne peut accomplir que sur prescription du médecin. Qui est tenue par le secret professionnel, l'infirmière assiste le patient tout au long de sa prise en charge, il joue un rôle clé dans les structures de soins, puisqu'il est le relais entre le patient et le médecin ou le patient et sa famille, Souvent, il informe la famille sur l'état de santé du patient et répond aux inquiétudes de l'entourage.

En dehors de ses rôles spécifiques, l'infirmier a d'autres tâches administratives qui sont très nombreuses dont il peut :

- remplir le cahier de liaison et participe aux transmissions avec l'équipe pluri professionnelle (cadre de santé, aide-soignante).
- s'occuper de la gestion de stock des médicaments du service.
- compléter le dossier du patient hospitalisé.
- établir le planning du service en fonction des soins.
- organiser des rendez-vous pour le patient dans d'autres services comme la radiologie par exemple.

Les soins infirmier ont pour but de prendre en charge les patients et de répondre à leurs besoins de santé, à partir de là on pourra observer deux types de soins infirmiers de nature différente mais complémentaire qui sont :

¹⁴ Maître Jean Charles SCOTTI, « La définition du rôle propre infirmier », P 2.



✓ Les soins infirmiers habituels ou soins d'entretien de la vie dite, en anglais "**care**" «ce sont les soins d'entretien de la vie mais aussi les soins qui accompagnent l'homme lorsque la vie le quitte ».

✓ les soins de réparation ou traitement de la maladie, traduit en anglais par le terme "**cure**" « ce qui veut dire traiter, donner un traitement, qui indique tous les actes se rapprochant aux soins curatifs pour permettre à la personne malade de regagner un état de santé le plus satisfaisant possible ».

1.2. Démarche de soin infirmier

La démarche de soin infirmier (DSI) est « un processus par lequel l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de son rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne »¹⁵

Elle est l'un des moyens principaux de la qualité de prestation de soins infirmiers. Sans elle, on ne peut pas apporter la satisfaction aux différents besoins du patient. Elle se fait par les étapes suivantes :

a* Le recueil des données

C'est l'étape par lequel des informations concernant un patient sont recueillies, vérifiées et communiquées au moyen de l'entrevue, du profil et de l'examen physique.

b* L'analyse et l'interprétation des données

C'est l'étape qui permet d'analyser les informations recueillies antérieurement et de dégager les problèmes de la personne soignée.

c* Objectif et action de soin

Cette étape consiste à fixer et à trouver les moyens de mise en œuvre pour atteindre le résultat voulue.

¹⁵ Définition donnée par le « décret de compétences relatif à la profession d'infirmière » du Code de la Santé Publique

d* La planification

L'énoncé des objectifs, les moyens mis en œuvre et comment ces moyens s'organisent constituent les étapes de la planification.

e* La réalisation

Il s'agit d'effectuer tous les actes de soins prescrits lors de la planification, de noter et communiquer les réactions de la personne soignée aux soins donnés ainsi que son état de santé.

f* L'évaluation

Cette étape consiste à mesurer l'effet des soins infirmiers et donc d'évaluer l'évolution de l'état de la personne soignée.

D'après ces étapes, on pourra indiquer les buts de cette démarche qui doivent permettre de :

- comprendre la situation de santé d'une personne soignée et d'en rechercher le sens, c'est le diagnostic infirmier.
- assurer la continuité des soins¹⁶ d'un infirmier à un autre, d'une équipe à une autre.
- contribuer à améliorer la communication car il fait partie du dossier permanent du patient et de fournir la même information à tous ceux qui le consultent
- aider à déterminer les besoins en personnel, à établir les priorités pour chaque équipe et répartir les tâches.

¹⁶ La continuité des soins réfère à la capacité des patients d'avoir accès aux soins de santé en misant, au fil du temps, sur le même dispensateur professionnel de soins, accès souvent décrit pour couvrir la période de vie. Elle permet à l'infirmier d'évaluer plus objectivement l'évolution de l'état de santé de malade et d'en déduire les adaptations des infirmiers aux soins de la personne, elle facilite également l'exercice de sa responsabilité.

¹⁵ La norme : document accessible au public établit par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités d'organisation ou de production ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné.

2. La qualité de la prestation des soins infirmiers

La capacité à définir la qualité de prestation des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années, grâce aux travaux internationaux. Il existe en effet de nombreuses définitions qui se réfèrent d'un auteur à l'autre.

2.1. Définition

En matière de soins, la qualité est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services répondent à des normes¹⁷ préétablies qui incluent le point de vue du client. C'est la prestation des meilleurs soins qui soient pour chaque usager.

Donabedian (1980) définit les soins de qualité comme suite : « Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins »¹⁸

L'OMS, définit la qualité comme la capacité de «garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui leur assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique¹⁹, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »²⁰.

Ce n'est pas parce qu'on a donné la définition de l'OMS, qu'on va dispenser de la définition officielle de la qualité qui est selon la norme ISO 8402, « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites et qui satisfont effectivement le consommateur de soins »²¹

Dans le secteur sanitaire, la qualité est définie en 1990 par l'Institute of Medicine (IOM) comme la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations

¹⁸ Dominique Bertrand : « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », Juin 2001.

¹⁹ Iatrogénique : risque provoqué ou créé par le médecin

²⁰ ANAES : « Qualité des soins », revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire, NOVEMBRE 1999.

²¹ La définition ISO 8402 In LECLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2e tirage, édition Afnor 1999, p55.

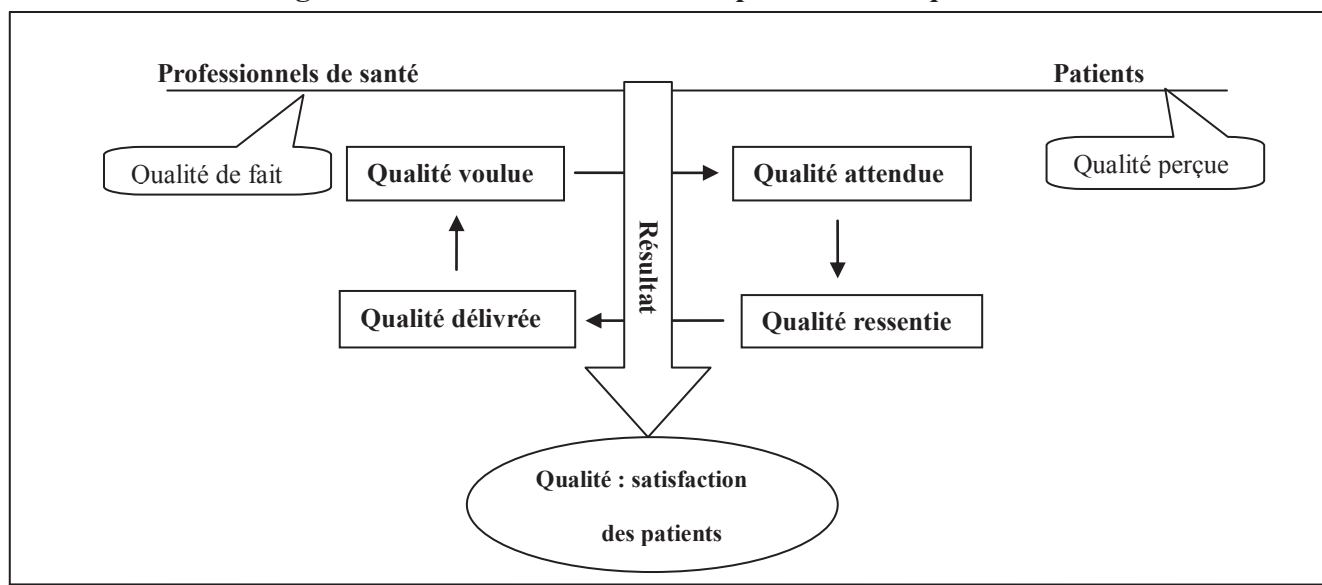
d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances du moment ».²²

D'une manière générale, et d'après ses différentes définitions, on déduit que la qualité dépend à la fois des services fournis par les prestataires de soins aux patients, et de la satisfaction de ces derniers.

La qualité selon l'OMS, consiste à garantir au patient l'accès aux soins tout en lui assurant un bon résultat avec un meilleur coût, et moins de risque, pour que le patient soit totalement satisfait. Contrairement à Donabedian, pour lui la qualité de prestation des soins c'est de maximiser le bien être des patients, après chaque acte de soin. Toutes ses définitions se différencient d'un auteur à l'autre, cela veut dire que le terme "qualité" en santé n'a pas de limite, elle dépend des activités des soins qui se succèdent étape par étape afin de satisfaire les besoins des patients.

D'une manière générale, on reconnaît quatre types de qualités, reliées entre elles qui sont représentées par le schéma ci-dessous (**figure 2**).

Figure 2 : Schéma des Bases conceptuelles de la qualité



Source : Dr TCHAGNAOU Haliou²³ : Module synthétisé de formation sur le concept de l'assurance qualité des soins et services de santé.

²² IRDES, la qualité des soins en France : « comment la mesurer pour la comprendre », décembre 2008

²³ Dr TCHAGNAOU Haliou : Médecin-conseil, chargé du volet qualité des soins.

Cette schématisation permet de représenter les points de vue respectifs des patients et des professionnels de santé, de montrer que l'expérience des patients dépend à la fois de leurs attentes et de la qualité délivrée, donc on distingue 4 types de qualité :

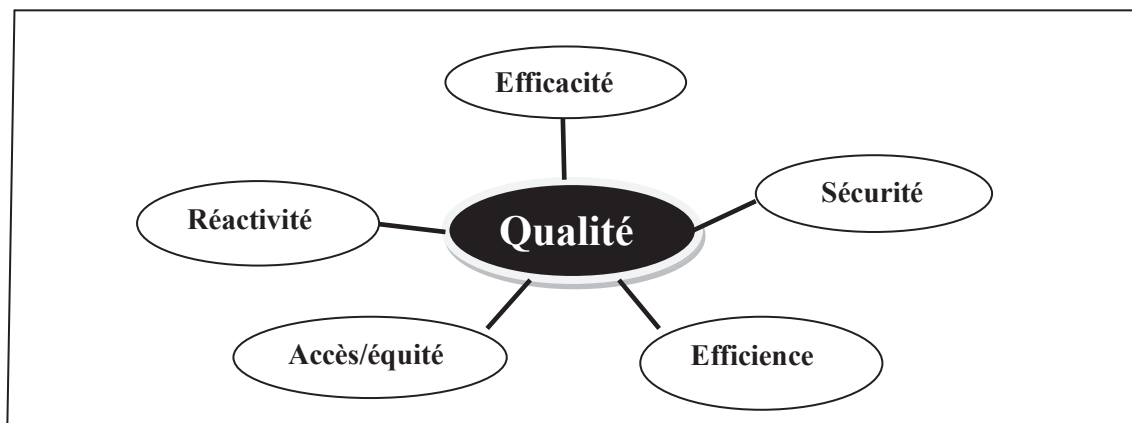
- ❖ **La qualité prévue** : c'est le niveau de qualité que les personnels de santé souhaitent atteindre. Il s'agit de la conformité aux bonnes pratiques cliniques par exemple réalisation d'une consultation psychiatrique pour tout patient entrant aux urgences pour tentative de suicide.
- ❖ **La qualité délivrée** : est celle que le prestataire donne effectivement dans les conditions normales de travail, celle que reçoit réellement le patient au jour le jour.
- ❖ **La qualité perçue (ressentie)** : La qualité ressentie est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.
- ❖ **La qualité attendue** : La qualité attendue par les patients se construit autour de leurs besoins de santé, mais aussi de leur expérience antérieure dans le système de soins par exemple l'écoute apportée par les professionnels de santé.

2.2. Les dimensions de la qualité de la prestation de soins

Les principales dimensions peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès /équité et efficience.

Qui sont représentés dans le schéma suivant : **(Figure 3)**

Figure 3 : Dimension de la qualité



Source : IRDES, la qualité des soins en France : comment la mesurer pour la comprendre, décembre 2008.

Ses dimensions varient en fonction de la définition qu'en donnent différents auteurs.

Tableau n°1: Les dimensions de la qualité

Dimension de qualité	Valeurs des services de santé
Sécurité	Personne ne doit être victime d'accidents ou d'erreurs lors de la prestation des soins.
Efficience	Il ne faut pas gaspiller les fournitures, l'équipement, le temps, les idées, ni l'information
Equité/accès	Toute personne devrait pouvoir obtenir les soins qu'il lui faut au moment opportun, au bon endroit, par le bon prestataire
Réactivité	Les prestataires de soins de santé doivent se montrer à l'écoute des besoins et préférences des personnes
Efficacité	Toute personne doit recevoir des soins efficaces, fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles.

Source : AFMC* : L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins de santé.

AFMC* : Association des Facultés de Médecine du Canada.

2.3. Comment mesurer la qualité de la prestation des soins?

La définition de la qualité de la prestation des soins a évolué en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. Elle est donc une notion multidimensionnelle, elle peut être mesurée à travers ces différentes dimensions, bien que cela soit de façon approximative, mais tout de même on peut avoir un résultat significatif.

➤ L'efficacité

L'efficacité est la qualité prévue, par les professionnels de santé, elle est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres.

Mesure de l'efficacité : Les indicateurs les plus souvent utilisés pour mesurer l'efficacité, sont ceux de mortalité, de morbidité ou de taux de survie appliqués à des causes ou à des groupes de population. Ainsi, un taux de survie élevé peut être considéré comme le

résultat de la qualité des soins délivrés mais aussi de celle des diagnostics précoces mis en place dans le cadre de programmes de prévention. par exemple le cancer ou les maladies cardiaques ischémiques, pour lesquels des soins efficaces, fournis à temps, peuvent éviter les décès, sachant qu'ils peuvent parfois être influencés par d'autres facteurs en dehors du système de soins. Le taux de survie après un diagnostic de cancer est considéré comme un indicateur plus pertinent.

L'analyse coûts efficacité : l'analyse coûts efficacité est un aspect plus avancé dans la comparaison des interventions médicales, ou on a parlé des conséquences de ces interventions sur le plan médical, ici on va parler également des coûts de ces interventions.

Définition : l'analyse coût-efficacité est une technique d'aide au jugement basée sur la comparaison de plusieurs interventions en termes d'effets obtenus et de coûts de mise en œuvre. L'analyse coûts efficacité compare les résultats thérapeutiques obtenus avec les moyens humains et matériels utilisés²⁴.

➤ **La sécurité**

La sécurité des soins fait partie de la qualité délivrée, elle est assurée par le professionnel de santé. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité de prestation des soins pour les patients.

Mesure de sécurité

On peut mesurer la sécurité, par rapport à un ensemble d'indicateurs qui peuvent être considérés comme étant des risques ou parfois d'erreurs relatifs à la sécurité des soins qui sont:

Infections nosocomiales : des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres.

Événements sentinelles : accidents liés à la transfusion, erreurs de groupage sanguin, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire.

²⁴ EUREVAL, l'analyse coûts efficacité, Paris, 2010

Complications opératoires et postopératoires : embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie.

Ces deux premières dimensions, dépendent de l'établissement de santé et reflètent sa performance

➤ **L'accessibilité et équité**

Ces deux dimensions font parties de la qualité attendue, l'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment, si ce degré est le même pour toute la population on parle de l'équité d'accès aux soins.

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

Mesure de l'équité

On évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durée d'attente. Les indicateurs le plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

Et en ce qui concerne l'équité il suffit de vérifier si l'ensemble des indicateurs sont équités pour tous les patients.

➤ **La réactivité**

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient sont incluent dans la qualité perçue (ressentie) par le patient, elle renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

Mesure de réactivité

Elle permet de mesurer la sensibilité d'un système de santé à répondre aux demandes du patient (écoute, partage de l'information, respect de la dignité...). La majorité des mesures concerne la coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires.

Ses deux dernières dimensions, se situent du point de vue des patients et reflètent leur satisfaction. Certes, la satisfaction des patients, est le seul moyen qui peut nous démontrer si ils sont bien pris en charge cela forcément, il existe une qualité, et on a vu précédemment que cette dernière est mesurable, selon plusieurs indicateurs, et pour plus de compréhension, on est amené à chercher comment la satisfaction des patients peut elle être une mesure qui détermine la qualité?

La satisfaction des patients se décrit par une enquête qui indique l'écart entre la qualité perçue et la qualité attendue, et elle permet d'ajuster le niveau de qualité voulue par rapport aux attentes des clients. Rester à l'écoute des malades, est un élément fondamental de la qualité en soins pour mieux appréhender leurs attentes, mieux prendre en considération leurs besoins et y répondre dans les meilleures conditions, et si il y a insatisfaction il faut également détecter les causes afin d'améliorer le service.

Pour évaluer ou mesurer le niveau de satisfaction des patients, on utilise souvent des enquêtes menées auprès des patients afin d'identifier leurs besoins, attentes et exigences. Ou encore un questionnaire appelé "questionnaire de satisfaction" qui constitue la base de l'évaluation et permettent de recueillir en continu le niveau de satisfaction des personnes hospitalisées.

3. L'économie et la qualité de la prestation des soins

On a vu précédemment, les différents indicateurs avec lesquels on pourra évaluer la qualité de la prestation des soins, pour résumer, on distingue trois types d'indicateurs qualité qui reflètent des dimensions totalement différentes qui sont :

- Les indicateurs de structure reflètent les attributs des endroits dans lesquels les soins sont prodigués.

- Les indicateurs de processus décrivent l'activité engendrée par les processus de soins²⁵.
- Les indicateurs de résultat illustrent l'impact des soins sur l'état de santé des patients et des populations.

Il faut mentionner, que ces indicateurs jouent un rôle très important dans le système de santé, cela à partir de la façon dont ils sont évalués, et le coût des services rendus, Toute cette corrélation entre la qualité de la prestation des soins et les coûts, nous fait découvrir, qu'il y a une économie de santé, car une meilleure qualité de prestation de soins induit des économies.

Toutes démarches de qualité entraînent toutefois des surcoûts liés à leur mise en place, leur fonctionnement et aux examens nécessaires, il convient aussi d'ajouter à ces coûts, les coûts liés à la prévention des incidents et des accidents ainsi que les coûts de surveillance de prise en charge, les coûts de réparation des défauts internes (détectés avant qu'ils ne touchent le patient) et externes (après qu'un préjudice ait été causé au patient), à l'inverse, elles entraînent des économies par simplification des procédures²⁶, amélioration de l'état de santé des patients.

Conclusion

A travers ce premier chapitre, on a pu expliquer la qualité de la prestation de soins, qui est en relation avec notre thème de recherche. La qualité de la prestation des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé, sa mesure dépend généralement de la satisfaction des patients, à cet égard, les infirmiers sont obligés de tous faire pour avancer leur compétence, de manière à avoir des soins de qualité, et d'assurer les soins exigés par les patients, et de déterminer les faiblesses et les forces d'un système de santé pour les évaluer, et de les mesurer, car ce qui n'est pas mesuré ne peut être amélioré.

Or, la qualité de prestation de soins, ne se détermine pas que par la satisfaction, elle dépend aussi des conditions de travail auxquels les infirmiers de nuit sont victimes.

²⁵ Le processus de soins infirmiers désigne les méthodes par lesquelles l'infirmier délivre des soins infirmiers. Ces méthodes se basent sur les modèles de soins infirmiers actuels. Il s'appelle aussi démarche de soins infirmiers.

²⁶ Simplification des procédures consiste à faciliter les relations entre les personnels de soins et les patients, il s'agit de supprimer des documents ou procédures fréquemment exigées auparavant comme des radiologies, des examens de laboratoire, et d'éviter surtout des rendez-vous inutiles.

CHAPITRE II :
LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE
NUIT DES INFIRMIERS

CHAPITRE II : LES CONDITIONS DE TRAVAIS DE NUIT DES INFIRMIERS

INTRODUCTION

Depuis toujours, le travail de nuit est indispensable à certaines activités humaines. Les secteurs des soins, de la surveillance, de la fourniture d'énergie, des transports ou encore de l'hôtellerie font très largement appel au travail de nuit afin d'assurer les prestations qu'ils fournissent.

Dans les établissements de santé, le travail de nuit est d'une obligation pour assurer la continuité des soins, et la bonne prise en charge des malades hospitalisés, vue que ces derniers, sont demandeurs de relation, d'information, des soins liés au confort et à la sécurité, ils ont besoins d'être écoutés, d'être informés, de se sentir moins seuls la nuit.

Le travail de nuit des infirmiers est totalement différent de celui de la journée, les infirmiers de nuit appelée autrement « surveillant de nuit »¹, subissent des difficultés pendant qu'ils exercent leur taches, ils pratiquent leur travail dans des conditions différentes de celle de la journée, ces conditions dépendent de l'intensité des efforts physiques et de l'environnement dans lequel ils exercent leur activité.

Dans ce chapitre nous allons essayer, d'expliquer les conditions de travail dont souffrent les infirmiers de nuit, et de déterminer les conséquences de ces conditions, non seulement sur l'état de santé du personnel mais aussi sur la qualité de la prestation des soins.

I - PRESENTATION ET DESCRIPTION GENERALE DU TRAVAIL DE NUIT

Le recours au travail de nuit est en principe exceptionnel, il peut être un choix pour des raisons personnelles, familiales et financières, le travail de nuit est très difficile et pour bien le comprendre nous allons l'envisager sous tous ses aspects.

¹ Il faut bien faire la différence entre « les veilleurs de nuit » et « les surveillant de nuit », le premier est employer plutôt pour ceux qui gardent du bâtiment, par contre le deuxième, veille à la sécurité des personnes

1. Définition et réglementation

Le travail de nuit est le travail effectué tout ou en partie la nuit. C'est un travail source d'une pénibilité particulière (variant selon le métier et les tâches, mais aussi selon les individus). Il peut avoir des conséquences sur la santé et la vie sociale des infirmiers².

Le travail de nuit est défini selon le code de travail algérien dans la Loi n° 90-11 du 21/04/1990, art.27 comme suit : « Est considéré comme travail de nuit, tout travail exécuté entre 21 heures et 5 heures. Les règles et les conditions du travail de nuit, ainsi que les droits y afférents sont déterminées par les conventions ou accords collectifs. »³

Un travailleur de nuit est donc, un employé qui accomplit, une tâche entre 21 heures et 5 heures, quant aux travailleurs de moins de 19 ans ainsi que pour les femmes, le travail de nuit est interdit⁴ comme il a été mentionné dans l'article 28 et 29 de la même loi :

Art. 28 : « Les travailleurs de l'un ou de l'autre sexe, âgés de moins de 19 ans révolus ne peuvent occuper un travail de nuit. »⁵

Art. 29 : « Il est interdit à l'employeur de recourir au personnel féminin pour des travaux de nuit. »⁶

✓ Sauf dans des cas spécifiques ou il peut y avoir d'autorisation de la part de l'inspecteur de travail sous demande de l'employeur, lorsque la nature de travail justifie cette demande.

2. Les motivations

Les motivations⁷ du travail de nuit sont d'abord d'ordre familial, personnel et financier, puis deviennent professionnelles⁸ au fur et à mesure de l'expérience acquise de nuit.

² <http://fr.wikipedia.org/wiki/Travaildenuit>

³ Code de travail algérien : chapitre II, section 2 : travail de nuit

⁴ Tout salarié, peut travailler la nuit. Seul exception les jeunes de moins de 19ans et les femmes pour lequel le travail de nuit est en principe interdit.

⁵ Code de travail algérien, Op. Cit.

⁶ Code de travail algérien, Op. Cit.

⁷ Selon Alderfer, 1969; Herzberg et Coll. 1959, « la motivation au travail s'intéresse aux facteurs et processus de ce comportement. Les facteurs sont les besoins ou encore les aspirations qui poussent l'individu à développer des efforts dans son travail. ». On a deux origines de la motivation :

- La motivation à l'intérieur de l'individu : correspond aux valeurs, aux besoins et aux croyances de l'individu.
- La motivation à l'extérieur qui est issu du milieu.

Le travail de nuit peut être un choix personnel ou familial, on a par exemple les jeunes mères, sa les arrangent de travailler la nuit, car ce mode de travail leur permet de réduire les frais de garde de leurs enfants pendant la journée, travailler la nuit leurs offrent d'avantage de temps libre le jour, notamment consacré à la maison, la famille, les activités de loisirs et de détente.

Comme il peut aussi être un choix professionnel⁹, pour l'infirmier travailler la nuit lui permet de travailler de manière plus autonome, notamment en ce qui concerne la prise de décision vis-à-vis du patient, Le nombre limité de personnel de nuit lui confère également d'avantage de responsabilités.

Avoir le goût de la solitude, et une certaine tranquillité, peuvent être des motifs pour choisir le travail de nuit.

La plupart des infirmiers qui ont travaillés la nuit par choix imposé, ont décidé d'y rester ensuite par plaisir, pour des raisons à savoir :

- Une bonne entente et une entraide des équipes de nuit.
- Une réorganisation indépendante et pensée du travail favorisant la prise de responsabilité et d'initiative importante.
- Dans le cas de travail dans une structure de soin : des meilleures relations avec les malades où la dimension psychologique des soins peut être exercée.

3. Les effets de travail de nuit

Le travail de nuit, qu'il soit un choix personnel ou un choix imposé, a des effets sur l'infirmier lui-même mais aussi sur sa vie familiale et sociale, le travail de nuit modifie non seulement le mode de vie des infirmiers mais aussi leurs rythmes psychologique.

3.1. Les effets sur la santé

Il existe une abondante littérature épidémiologique qui démontre l'impact négatif du travail de nuit sur la santé.

Ces deux sources sont liées d'avenage aux conditions de travail.

⁸ Motivation professionnel : Elle se définit comme la volonté de fournir un effort important afin d'atteindre les objectifs fixés par l'établissement.

⁹ les postes de nuit sont demandés par les infirmiers les plus expérimentés et deviennent alors un véritable choix professionnel.

- **Les troubles du sommeil et fatigue:** Des troubles du sommeil associés à une fatigue sont les symptômes les plus fréquemment rapportés par les travailleurs de nuit. Les effets de ce décalage sont divers suivant les individus : difficultés d'endormissement, insomnies, réveils précoces, cela a des conséquences telles que : nervosité, fatigue, troubles de l'humeur, problèmes de vigilance, d'attention, de performance et d'adaptation à une situation nouvelle. De plus, ces problèmes s'aggravent avec le temps.

A part le manque de sommeil il ya aussi le **stress**¹⁰ qui sont reliée les uns avec les autres, où les infirmiers de nuit se plaignent souvent de leur angoisse et de leur irritabilité en relation bien sûr avec le stress.

- Le travail de nuit entraîne également un **déséquilibre nutritionnel et des troubles digestifs**, vu que les heures des repas sont modifiées ou prises sur les temps de repos, la majorité de travailleur de nuit, grignotent pour casser leur faim. Cette forme de nutrition qui ne retient aucun rythme alimentaire précis, peut provoquer un dérèglement hormonal qui perturbe l'absorption des aliments, ceci provoque des troubles digestifs comme : la constipation, et ballonnement abdominal, douleurs intestinales , nausées, brûlures d'estomac.

- Une étude allemande de 2008, montre que le travail de nuit est un facteur de risque pour les **maladies cardiovasculaire**, indépendamment de l'âge, du sexe et des facteurs de risque traditionnels, ainsi, le travail de nuit favorise l'apparition de l'hypertension artérielle.

- Enfin, diverses études, dont celle du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) dépendant de l'OMS, font un lien entre le travail de nuit posté¹¹ et la probabilité de cancers (notamment cancer du sein et cancer colorectal), en raison de la perturbation des rythmes circadiens et de l'affaiblissement des défenses immunitaires résultant d'une insuffisance de la mélatonine, du fait de l'exposition nocturne à la lumière.¹²

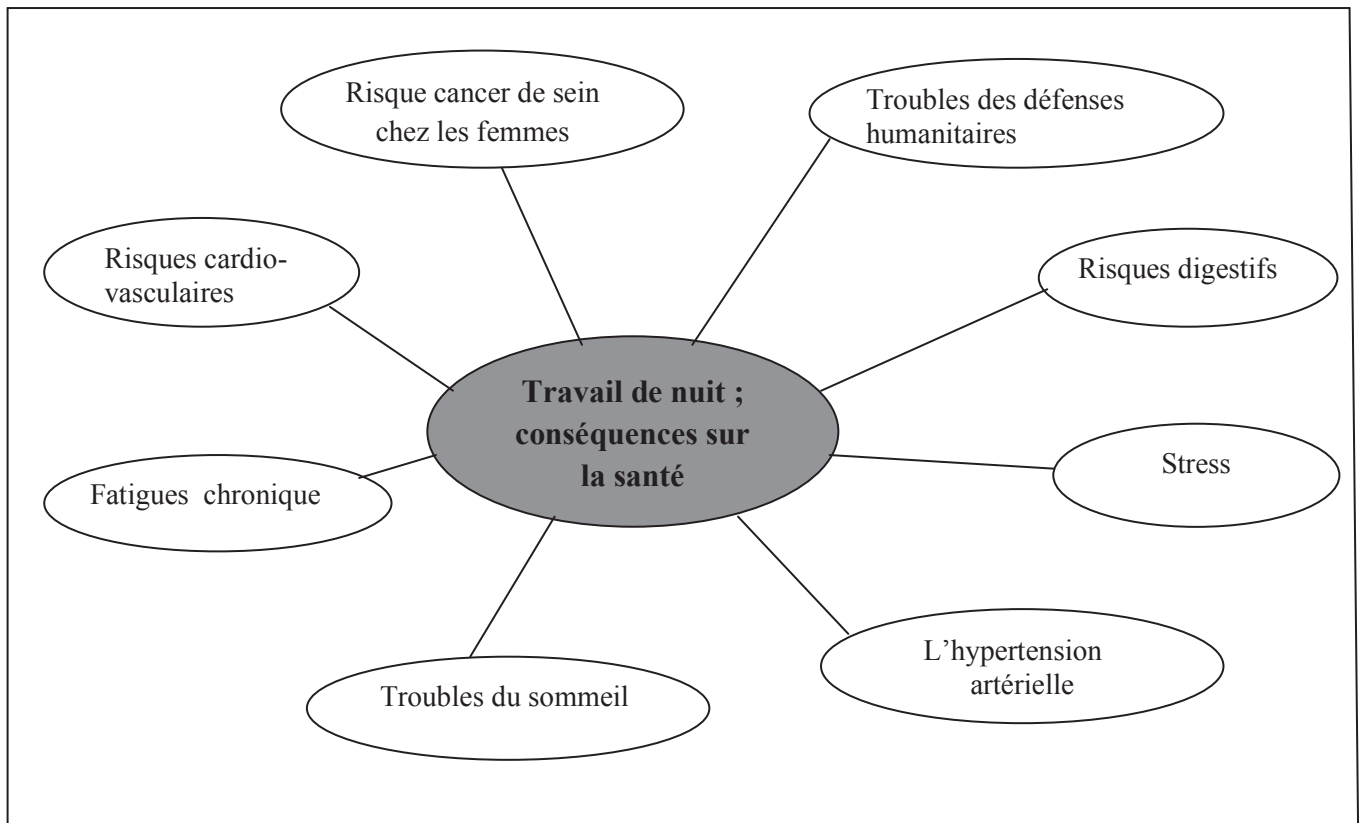
¹⁰ Le mot **stress** vient du latin « stringere » qui signifie « étreindre », « serrer », « resserrer », « lier », entourer avec le corps, avec les membres, en serrant étroitement et mettre en tension. Le dictionnaire encyclopédique Larousse (1979) le définit comme : « un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme et des réponses de celui-ci ».

¹¹ Le travail posté est généralement défini comme tout travail effectué en dehors des limites conventionnelles du jour (entre 06h00 et 22h00) et couvre ainsi le travail fixe le soir et la nuit ainsi que le travail en équipe avec alternance (3x8, 2x12, etc.)

¹² M. François Édouard : « Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail de nuit et de vie des salariés », 2010

Pour résumer ces effets, on va les présenter comme suite:

Figure 4 : les effets de travail de nuit sur la santé



Source : réaliser par nos soins.

3.2. Les perturbations de la vie sociale et familiale

Les travailleurs de nuit rencontrent également des difficultés à gérer les décalages entre vie professionnelle et vie personnelle et familiale, ils ont des difficultés à suivre l'éducation de leur enfants, de participer à des activités sociales de nature éducative, sportive, ou culturelle, ce qui amène le travailleur de nuit à chercher des activités occupationnelles individuelles.

4. Le travail d'équipe

Le travail d'équipe appelé aussi le management collectif est devenu un des outils les plus efficaces pour l'entreprise. Il permet de relier les personnes entre elles, et de partager des idées, des valeurs, ainsi que la culture de l'organisation, et ce, à condition d'être bien encadré, organisé et supervisé, et de ne pas s'éloigner des objectifs communs et de l'intérêt général.

Dans nos établissements de santé, le travail en équipe est d'une importance, pour l'amélioration et la continuité des soins, comme le mentionne l'**Article 30** : « Lorsque les besoins de la production ou du service l'exigent, l'employeur peut organiser le travail par équipes successives, ou travail posté. »¹³, car la répartition du travail sur plusieurs infirmiers, réduit la pression, et la surcharge de travail, et surtout avoir une bonne organisation.

le travail d'équipe pendant la nuit, aide à compenser les effets du travail de nuit sur la fiabilité et la santé des infirmiers de nuit, il a des conséquences positives sur la sécurité, les conditions de travail¹⁴ et la santé et sur la manière dont les infirmiers vivent leur travail.

4.1.Définition

Le travail en équipe est un mode de répartition des tâches et des responsabilités partagées entre plusieurs personnes où chaque membre tient un rôle particulier afin d'aboutir un but commun. Dans ce type d'organisation, les infirmiers partagent un but commun et le rassemblement de leurs efforts donne à leur travail sa cohérence. Ils ressentent un sentiment d'appartenance, ils portent la responsabilité du succès ou de l'échec. La répartition de la tâche selon les compétences et capacités de chacun est aussi garante de soins de qualité.

Le travail d'équipe est basé sur :

- ✓ La communication et l'échange de point de vue, c'est-à-dire partager rapidement les informations concernant les dossiers communs, et éviter des malentendus désagréables.
- ✓ La confiance et la confidentialité
- ✓ Le soutien et la solidarité
- ✓ Le respect et l'écoute
- ✓ Clarifier les rôles et les responsabilités de chacun au sein de l'équipe.

Les infirmiers de nuit forment une équipe unit, et structurée, où les membres sont liés par un but commun, un fonctionnement caractérisé par la cohésion et la communication, pour atteindre l'objectif principale qui est d'assurer les soins dans des bons conditions nécessaire en raison de la complexité des protocoles et techniques et de celle de l'organisation du travail infirmier.

¹³ Code de travail algérien : chapitre II, section 2 : travail posté

¹⁴ Condition de travail : détaillé dans la deuxième section.

Afin d'assurer la qualité de la prestation des soins, et pour offrir aux malades une stabilité d'interventions dans un système où la mouvance du personnel est habituelle, que ce soit par maladie, pour les congés, pour les pauses ou les heures de repas ou toute autre forme d'absentéisme, une équipe peut amortir l'impact de la difficulté.

Elle permet malgré tout un équilibre et une certaine constance dans les soins. En raison de la présence de plusieurs personnes, il y a potentiellement toujours quelqu'un qui est présent, qui connaît le malade et qui a l'expérience pour faire face aux divers problèmes que risque de présenter son état. Ainsi, lorsque l'un s'absent, quelqu'un d'autre peut prendre la relève.

L'équipe permet donc de mieux assumer le travail qu'une répartition individuelle parce qu'on peut faire plus facilement à plusieurs ce que l'on aurait de la difficulté à effectuer seule.

5. La rémunération

La rémunération aujourd'hui devient un moyen d'attirer, de conserver et de motiver des candidats compétents, elle constitue, la récompense de l'individu en échange de travail qu'il a fourni.

5.1.Définition

« La rémunération est l'ensemble des rétributions acquises par le salarié en contrepartie du travail effectué pour l'organisation qui l'emploie. »¹⁵

La rémunération pour le salarié, est une source de revenu. Elle assure les moyens de sa survie et son insertion sociale. Elle est aussi le signe qu'il reçoit de la part de l'organisation qui l'emploie, signe qui témoigne de la satisfaction de son employeur et joue d'ailleurs un rôle radical portant dans sa motivation au travail.

¹⁵ M. Othmani : « La rémunération », Gestion des ressources humaines, 2004-2005

5.2. Processus de détermination de la rémunération

Le salaire est fixé librement dans le cadre de la convention collective ou du contrat de travail. Mais quelques règles sont à respecter notamment : le salaire ne peut être inférieur au SMIC horaire, ni aux salaires minimaux fixés par la convention collective.

a- Les primes

Ce sont des sommes versées par l'employeur dans le souci d'obtenir un meilleur résultat, une production accrue, continue, de meilleure qualité où au moindre prix de revient comme la prime de technicité, prime de pénibilité de travail...

b- Les congés de circonstances

Pour les événements heureux ou pénibles de la vie privée du travailleur, le Législateur a prévu des jours de congé, appelés «congés de circonstance».

c- Les jours fériés légaux

Pour lesquels le travailleur a droit à son salaire ordinaire.

d- Le congé annuel

Le travailleur a droit chaque année à un congé. La nécessité de celui-ci est à la santé du travailleur et ce dernier ne peut y renoncer dans le but par exemple, d'obtenir une double rémunération pendant cette période.

II- LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les conditions de travail sont des aspects très importants au sein d'une institution qui veut réussir dans son environnement concurrentiel. Elles désignent un ensemble des facteurs qui influencent les caractéristiques internes et externes dans lesquels s'inscrit le travail.

1. Définition

L'expression "condition de travail" désigne un ensemble de faits dont dépend le travail, et qui englobent trois orientations à savoir, l'adaptabilité au travail d'un individu, les conditions elles-mêmes, hygiène et santé.

Pour J.LEPLAT cité par Citeau J.P, les conditions de travail sont l'ensemble des facteurs à l'exclusion des caractéristiques individuelles des travailleurs, qui peuvent influencer les conduites au travail, cependant la détermination et la délimitation de ses composantes reste difficile car « l'absence de souffrances ne signifie pas l'existence de bonnes conditions de travail. »¹⁶

Ces bonnes conditions peuvent être exprimées comme telle : « ce sont celles qui donnent au travailleur la liberté de travail favorable à sa santé »¹⁷

D'une manière générale, les conditions de travail sont un ensemble de paramètres qui influent sur la satisfaction trouvée quotidiennement au travail, Elles comprennent la pénibilité et les risques du travail effectué ainsi que l'environnement de travail (bruit, chaleur, exposition à des substances toxiques, etc.).

2. Classification des conditions de travail

Les conditions de travail peuvent être classées comme suit :

2.1.Le cadre temporel

Le cadre temporel du travail est d'une grande variété en particulier dans l'industrie avec les rythmes imposés, mais aussi dans des services comme les hôpitaux. il Rentre aussi dans ces paramètres, la durée des déplacements quotidiens entre le domicile et le lieu de travail, le type d'horaires, la variabilité de la durée quotidienne de travail, les pauses et congés, les heures supplémentaires, le travail de nuit et les horaires décalés, les temps partiels, l'empiètement du travail sur le temps de loisir, etc.

2.2.Contraintes physiques

Elles sont liées aux tâches effectuées et à l'environnement en distingue :

- Sollicitations mécaniques (effort, posture pénible, attention permanente, déplacements répétitifs au dehors de service, secousses et vibrations, port des charges lourdes et fatigantes,...)

¹⁶ Cristofari. M.F, Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel, Centre d'études de l'emploi.2003.

¹⁷ Cristofari. M.F, Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel, Centre d'études de l'emploi.2003.



- Expositions à diverses nuisances, polluants ou agents chimiques ou biologiques (courants d'air ou intempéries, bruits, poussières et fumées, températures et humidité anormales, produits chimiques volatiles, toxiques, radiation surtout pour les infirmiers qui accompagnent les malades au service de radiologie,...).
- Risque de blessures ou d'accidents qui entrent pour une part dans les contraintes physique, les accidents du travail¹⁸, sont plus fréquents la nuit, en effet la baisse de la vigilance, la diminution du temps de réaction et les réflexes, peut augmenter le risque de blessure surtout par les objets piquants et tranchants.
- Les facteurs architecturaux telles que les conditions d'éclairage (naturel/artificiel) ou la qualité des locaux (exiguïté, éléments esthétiques, qualité de la climatisation, vue sur l'extérieur, ...) font partie des paramètres physiques.

Ces niveaux de contraintes peuvent être situés à l'aide d'indicateur de pénibilité physique, l'impact des contraintes physiques est souvent rapide et peu réversible, ainsi l'accumulation d'efforts excessifs entraîne des troubles causant un vieillissement précoce.

2.3.Les sollicitations psychologiques

Les sollicitations psychologiques ou psychosociales sont des composantes importantes des conditions de travail qui caractérisent toute activité, et qui terminent généralement au stress.

L'infirmier peut être confronté à la souffrance, et à la mort, (la mort du patient entraîne un sentiment d'échec et de culpabilité), comme il peut être dans une situation très stressante par exemple dans un service des urgences le rythme élevé du travail favorise une certaine accumulation de stress, il se trouve alors engagé à des soins complexes et polyvalents le plus rapidement possible, ce qui lui met en état de stress.

2.4.Le rapport avec le public

La relation habituelle à un public ajoute de nouveaux paramètres aux composantes temporelles, physiques et mentales des conditions de travail : aux exigences hiérarchiques, se joignent les exigences souvent complexes des personnes rencontrées ou entrevues, toutes

¹⁸ L'accident du travail est un événement de caractère soudain survenu par le fait ou à l'occasion du travail qui a causé un dommage corporel.

exigences qui peuvent ne s'accorder que partiellement avec les conceptions personnelles du salarié.

2.5.Les conditions sociales

Cette catégorie regroupe entièrement les facteurs qui dépendent des conditions générales du travail et de l'emploi dans la société et que l'individu amène avec lui lors de son embauche.

Ces conditions sont d'autant plus fortes que le salarié est lui-même très dépendant de son emploi pour des raisons personnelles (chef de famille, dettes, expérience de chômage...) et qu'il ne dispose pas par ailleurs que de bonnes possibilités d'un nouvel emploi.

2.6.Situations particulières et individuelles

Tous les individus ne sont pas égaux face aux exigences et contraintes d'une activité, ce qui souligne l'importance de :

- L'orientation et de la sélection professionnelles pour l'accord de l'emploi aux capacités individuelles ;
- Des préoccupations ergonomiques pour l'adaptation des tâches et des postes ;
- La formation professionnelle pour une meilleure maîtrise et une plus grande autonomie.
- Certaines catégories de personnes présentant une vulnérabilité particulière, sont particulièrement sensibles aux conditions de travail :
 - ✓ Les personnes handicapées
 - ✓ Les personnes souffrant de maladies chroniques
 - ✓ Les femmes enceintes
 - ✓ Les personnes qui peuvent être considérées comme psychologiquement fragiles (état dépressif, dépendance alcoolique, ...)
 - ✓ Les personnes susceptibles de souffrir de discriminations ou de pressions particulières (tâches ou métiers dévalorisés, débutants, remplaçant, ...).

2.7.L'effet de l'âge

Le vieillissement des effectifs nécessite des aménagements dans l'organisation du travail. En effet, le parcours travail d'un salarié montre que les modifications

physiques d'un salarié se modifient avec l'âge. Le salarié âgé peut rester tout aussi performant, tant du point de vue de la qualité que de l'exécution, simplement ses gestes devront être plus adaptés. Les travailleurs âgés dans une phase d'intensification du travail sont, malgré tout, les premières victimes, en particulier dans les secteurs exigeant sur le plan physique, avec un effet d'éviction évident, conduisant parfois à la sélectivité.

3. La perception des infirmiers et les besoins spécifiques du patient la nuit

3.1. La perception des infirmiers

La majorité des infirmiers de nuit se plaignent de leur pénibilité de travail au sein de l'hôpital. Cette situation peut générer des situations parfois difficiles à surmonter, notamment lorsque les infirmières n'ont aucune expérience du travail de nuit et, qui plus est, lorsque ces dernières se retrouvent seules à devoir prendre en charge un service ; ce qui arrive parfois. Les soignantes de nuit font également souvent part d'un manque de reconnaissance.

a) La pénibilité du travail de nuit

Les infirmiers qui travaillent la nuit en alternance sont souvent perturbés. Ils travaillent en poste fixe de nuit, ce qui planifie de manière plus régulière les phases de repos et de récupération. Sur le long terme, ils accumulent la fatigue et s'isolent davantage.

La pénibilité du travail de nuit amène l'intervention de psychiatres et psychologues pour apporter aux équipes de nuit une écoute attentive régulière ou ponctuelle, notamment dans le but de prévenir le syndrome d'épuisement et de les soutenir dans le cas où ils sont quotidiennement confrontés à la souffrance et à la mort.

b) Le manque de reconnaissance

L'infirmier de nuit est souvent vu comme un objet de représentations dévalorisantes, il est le seul professionnel présent au lit du patient 24h/24, et 7jrs /7, mais à l'hôpital, il est rarement consulté que celui de la journée, car lors d'une réunion ou d'un débat il n'est pas présent, les médias font intervenir un médecin, un directeur d'hôpital, un économiste, un sociologue, ... et rarement l'infirmier.

Cette méconnaissance de son travail entraîne un sentiment de frustration personnelle et professionnelle qui peut conduire à la perte de motivation et provoquer chez lui une angoisse élevée .

c) L'isolement¹⁹ social et professionnel

Le travail de nuit modifie la vie privée de l'infirmier. La plupart des infirmiers surtout les femmes, trouvent que travailler la nuit leur permet de s'occuper de leurs enfants pendant la journée, mais elles oublient que leur éducation est associée à une fatigue accrue, ainsi que le décalage existant dans le couple quand le conjoint travaille de jour, peuvent rendre la vie familiale particulièrement compliquée .

L'isolement social des infirmiers de nuit apparaît également dans la manière dont ils utilisent le temps de la journée, la plupart d'entre eux ont développé la pratique d'un passe-temps individuel à la perte des activités collectives pour lesquelles il leur est plus difficile d'être réguliers.

L'infirmier de nuit a besoin de communiquer la spécificité de son vécu professionnel aux autres infirmiers, notamment à ceux de l'équipe de jour. Sinon, il risque d'éprouver un sentiment de dévalorisation et d'isolement professionnel qui, à long terme, pourrait s'avérer néfaste, largement pour l'infirmier que pour la personne soignée. Un manque de communication peut être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, de non-reconnaissance pouvant aller jusqu'à l'isolement.

3.2.Les attentes et les besoins spécifiques du patient la nuit

Les attentes du patient la nuit sont différentes de celles du jour, leurs besoins sont fortement axés sur le confort, la sécurité, la relation et la compétence des infirmiers.

a) Un besoin de sécurité

Le travail de l'infirmier de nuit est de rassurer avant tout, les patients, de leur faire comprendre qu'il veille sur leur santé, car les patients ont beaucoup plus peur la nuit que la journée, et ils éprouvent un sentiment d'insécurité. La nuit est aussi un moment où les troubles du comportement des patients fous s'aggravent. les infirmiers de nuit sont aussi

¹⁹ L'isolement est un état de solitude. C'est la description d'une situation dans laquelle un individu est séparé de gré ou de force du reste de son environnement habituel.

chargés de sécuriser le bâtiment en lui-même afin de ne pas laisser aux patients la possibilité que leur problème soit ignoré : par exemple, un malade insomniaque aura tendance à sortir de sa chambre la nuit, l'infirmier est donc chargé de vérifier les recoins du bâtiment hospitalier au cas où cette personne aurait eu un accident.

b) Un besoin d'écoute et de disponibilité

Les patients ont besoin d'être écoutés, d'être informés, de ne pas être seuls. Les besoins d'écoute et de disponibilité exprimés par les patients sont donc aussi un moyen de se reconstruire un environnement sécurisant. Cette demande peut d'ailleurs créer des difficultés pour l'infirmier qui doit savoir écouter les questions et les reproches, et y répondre sans dévoiler certaines informations dont il ne sait pas si les médecins ont l'intention d'en informer les malades.

Enfin, la nuit est un moment où les infirmiers doivent combattre une majoration des douleurs physique et psychique, ainsi qu'une forte crainte de mourir. Le rôle d'infirmier ne se limite pas à répondre à l'appel ponctuel du patient, mais implique une évaluation précise et une surveillance régulière de la douleur et des signes qui l'accompagnent.

c) La compétence du personnel

La nuit, est un moment difficile pour les patients, pour tous, l'inquiétude et l'angoisse sont présentes, ils ont besoin de connaître ceux qui le soignent, de connaître la personne qui va répondre à ses besoins, lui faire confiance et de faire preuve de ses compétences.

Il est donc important que la nuit, le personnel soignant soit à l'écoute du patient et réponde autant que possible à ses attentes de quelque nature qu'elles soient. En effet, la crainte, l'angoisse persistent tout au long de l'hospitalisation quand vient la nuit. Les infirmiers peuvent apporter une réponse relationnelle mais ce n'est pas la seule. Il est important pour le patient d'avoir une information identique de la part des personnels de jour comme de nuit. La confiance inspirée par les infirmiers, l'écoute, l'attitude des rapports qui se lient sont essentiels. Il ne faut pas pour autant oublier qu'un malade sera moins sujet à l'angoisse s'il se sent en sécurité. Celle-ci doit être ressentie par le patient dans tous les domaines. La confiance doit être effective dans les relations mais aussi dans la qualité de prestation des soins effectués.

4. Conséquences des conditions du travail de nuit sur la qualité de la prestation des soins

La qualité de prestation des soins de nuit repose essentiellement sur des critères organisationnels, l'objectif à atteindre étant la satisfaction du malade, ce dernier est alors d'avantage au cœur des inquiétudes de l'infirmier.

Les conditions du travail de nuit des infirmiers que sa soit des conditions matérielles, ou la pénibilité du travail de nuit, de plus le manque de personnel semblent avoir des répercussions importantes sur la qualité de prestation des soins, dans la mesure où elles peuvent être synonymes de risque pour l'état de santé du malade.

En effet les mauvaises conditions de travail pendant la nuit peuvent entraîner des répercussions néfastes sur la santé des patients:

- L'insatisfaction du patient
- Retard lors de la réalisation des soins, car avec de telles conditions (manques de matériels, même parfois l'exigence des infirmiers), les soins dont nécessitent les patients au cours de nuit ne seront pas réalisés dans le temps prévus.
- Absence de confort et de bien être de patient, car la sécurité est parfois absente dans l'établissement de santé
- Augmentation du séjour du patient
- Complication de l'état de santé de patient.

Conclusion

Le personnel de nuit des services hospitaliers travaille dans des conditions insatisfaisantes, et médiocres entraînant un ensemble de répercussion et conséquences négative sur la qualité de prestation des soins. Afin d'assurer une bonne prise en charge des patients pendant la nuit, et de répondre à leurs besoins et attentes et de baisser la pénibilité de travail de nuit des infirmiers, il faut améliorer les conditions de travail du personnel.

Travailler en équipe, est une bonne démarche d'amélioration, car il aide de plus en plus à faire un travail de qualité, c'est un mode de répartition des tâches, et une manière de vivre au travail, pour raison de se sentir moins isolé.

A travers ce chapitre, on a pu expliquer brièvement les conditions de travail de nuit des infirmiers qui est en relation avec notre thème de recherche, et pour plus de résultats significatifs, on va présentés et analysé les résultats de notre enquête dans la partie pratique.

CHAPITRE III :

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIERS DE NUIT ET LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS AU MILIEU DE L'EPH DE KHERRATA

CHAPITRE III : LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIERS DU NUIT ET LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS AU MILIEU DE L'EPH DE KHERRATA

INTRODUCTION

Afin de compléter notre travail et d'approfondir notre étude, nous allons procéder à une enquête auprès de l'EPH de Kherrata qui portera essentiellement sur les conditions de travail de ses infirmiers de nuit, et la qualité de la prestation des soins fourni aux patients.

Ce chapitre se compose de deux sections. Nous présenterons d'abord le lieu du déroulement de notre étude empirique, à savoir l'EPH de Kherrata. Ensuite nous allons présenter les résultats obtenus dans le questionnaire, et on terminera par l'interprétation des résultats.

I- METHODE SUIVIE DANS L'ENQUETE

1. Présentation de l'organisme d'accueil

L'établissement Public Hospitalier de Kherrata, crée par décret exécutif n° 07-140 du 02 Jumada El Aouel 1428 correspondant au 19 Mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements Public Hospitaliers et Etablissements Public de Santé de Proximité est situé au Sud Est de la Wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux (02) Daïrates (Kherrata et Derguina), compte six (06) Communes (Kherrata, Dra El Gaid, Taskriout, Ait Smail, Darguina , et Tamricht) et couvre une population de 130000 habitants pour la superficie de 485,54Km².

De part sa situation stratégique situé entre deux pôles urbains (Sétif- Bejaia) avec un axe routier important et dangereux tunnel à grand risque, etc..., L'EPH de Kherrata assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux Wilayates limitrophes (Souk El Tnine, Melbou, Ziama, Aokas, Bougaa, Bouandas, Tala Ifacene, Tizi N'Berber, Oued El Berd, Ain Roua, etc...).

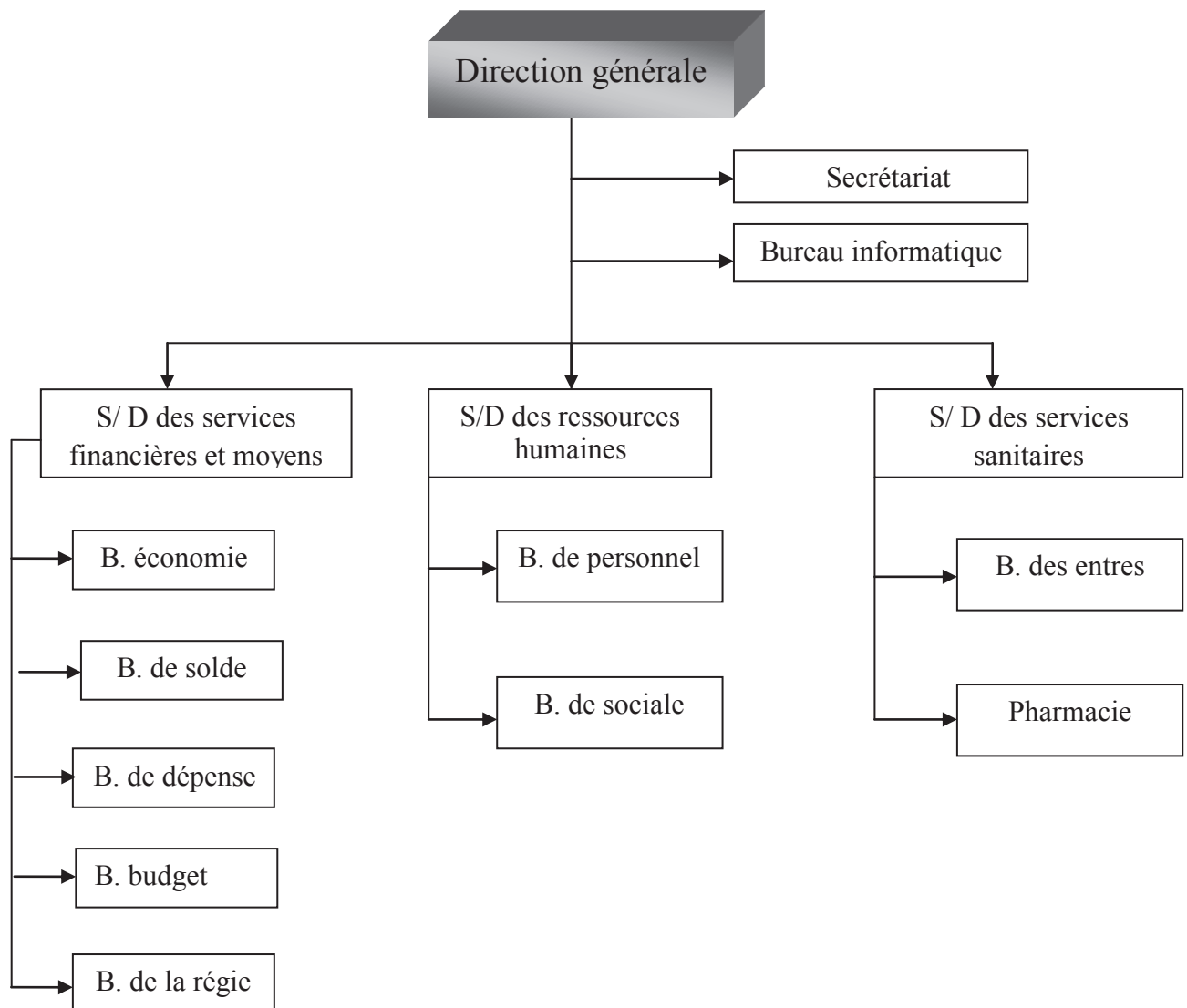
1.1.L'organigramme de l'EPH

L'EPH de Kherrata se compose d'une direction générale dont son rôle consiste à

- Assurer la bonne gestion de l'établissement.
- Représenter l'établissement dans les instances officielles, juridiques et administratives.

La direction générale est répartie en trois (03) sous directions, qu'on va les citer dans l'organigramme suivant :

Figure 5 : L'organigramme de l'Etablissement Public Hospitalier de Kherrata



Source : document de l'EPH de Kherrata.

1.2. Les capacités de l'EPH

A) Les capacités en ressources humaines

Le tableau suivant nous montre les ressources humaines dont il dispose l'EPH de Kharrata avec la diversité des spécialités et le nombre d'effectif de chaque spécialité.

Tableau n°02 : la répartition du personnel de l'EPH selon les spécialités

La spécialité	Nbr d'effectifs
Personnel administratifs	26
Médecin spécialiste	12
Médecin généraliste	21
Pharmacien	01
AMAR*	09
Personnel paramédical	154
Sage femme	15
Psychologue	01
Biologiste de Santé Publique 1 ^{er} degré	01
Personnel technique, ouvrier et prévention	50
TOTAL	290

Source : réalisé par nos soins à partir des informations collectées au près de l'EPH de Kherrata.

AMAR* : Auxiliaire Médicale en Anesthésie Réanimation

- ❖ Nous remarquons que la part la plus importante est celle du personnel paramédical ce la peut être justifié par les exigences de ce type de fonction qui nécessite une présence permanente et un suivie régulier de tous les malades. on peut remarquer aussi un certain déséquilibre dans la répartition par catégorie, un seul psychologue c'est très insuffisant pour un EPH, ça peut témoigner de la négligence des maladies psychologiques, ainsi que le suivie des malades sur le plan psychologique.

B) Les capacités en lits d'hospitalisations :

En exécution de l'arrêté ministérielle n°27-38 du 26 janvier 2008 portant création des services et unités constitutives, l'EPH de Kherrata est composé de structures hospitalières regroupées au sein d'un (01) Hôpital de 144 lits, répartis comme suit :

Tableau n°03 : répartition des lits d'hospitalisation selon les services dans l'EPH de Kherrata

N°	Services	Lits techniques	Unités	Lits organisé
01	Chirurgie générale	24	1- Hospitalisation hommes 2- Hospitalisation femmes	12 12
02	Médecine interne	52	1- Hospitalisation hommes 2- Hospitalisation femmes	26 26
03	Gynéco-obstétrique	24	1- Génécologie -Obstétrique	24
04	Pédiatrie	16	1- Pédiatrie 2- Néonatalogie	10 06
05	Urgence médico-chirurgicale	20	1- Accueil tri et mis en observation 2- Réanimation	08 10
06	Hémodialyse	10		10
Tot al	Service	146	Unités	144

Source : documentation de l'Etablissement Public Hospitalier de Kherrata.

2. L'organisation de travail de nuit

L'organisation c'est une action d'arrangement d'un acte de soin, d'un matériel et de la réparation de travail entre le personnel soignant, elle est fondamentale pour réussir à mettre en place de bonnes conditions de travail.

2.1.Cadre réglementaire de la durée de travail en Algérie

« L'article 1, 2, 4, 6 et 7 de l'Ordonnance n° 97-03 du 11 janvier 1997 fixant la durée légale du travail ».

Cette ordonnance fixe la durée légale du travail, qu'un travailleur doit remplir au sein de son organisme employeur qui est régit par la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 relative aux relations de travail, et cela dans toutes les institutions et les administrations publiques.

La durée de travail est fixée à (40) heures de travail répartir durant la semaine, mais cette durée peut être réduite en ce qui concerne le travail pénible qui est très fatigant pour son propriétaire, comme elle peut aussi être augmentée pour les travailleurs qui ont un temps d'inactivité beaucoup plus important.

On ce qui concerne le travail dans les structures publiques de soins de santé, la durée du travail est la même que celle qui a été fixée par la loi précédant c'est-à-dire (40) heures par semaine.

La répartition de ce volume est variable selon les services on peut distinguer :

- ✓ Le travail de surface : de 08h jusqu'à **16h30**, plus le week-end pour le repos.
- ✓ Le travail d'équipe : de **07h30** jusqu'à **18h**, ils travaillent deux jours et ils se reposent deux jours.
- ✓ Le travail de nuit : de **16h** jusqu'à **08h**, les travailleurs de nuit, travaillent une nuit et ils se reposent deux jours, et la 3^{ème} journée récupération.

La répartition des effectifs des infirmiers de nuit à l'EPH de Kherrata, se fait comme suit : trois infirmiers pour le service des urgences, et deux dans les autres services¹.

3. Présentation de la méthodologie de recherche

Pour le bon déroulement de notre enquête et pour pouvoir y arriver aux objectifs souhaités et exprimés précédemment, nous avons opté pour la méthode statistique pour nous aider à quantifier les résultats et les présenter sous forme de tableaux.

3.1.Outils de recherche

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive, basée sur un double questionnaire, elle aura pour objectif « décrire les conditions du travail de nuit du personnel infirmier et ses répercussions sur la qualité de la prestation des soins », afin de mettre en évidence les sources

¹ Selon les informations obtenues lors de mon stage à l'EPH de Kherrata.

de défaillance et pouvoir par la suite émettre des recommandations en vue d'une contribution à une éventuelle amélioration.

3.2.Population à l'étude

Cette étude a ciblé comme population les infirmiers exerçant la nuit, et les patients hospitalisés.

3.3.Echantillon

Il s'agit d'un échantillon probabiliste de 50 infirmiers et 50 patients.

3.4.Instruments de collecte des données

Pour connaître les difficultés rencontrés par les personnel pendant la nuit et le niveau de satisfaction des patients sur leur prise en charge, j'ai procédé à un double questionnaire.

- ✓ Questionnaire posé aux infirmiers (questionnaire n°1) : Ce questionnaire se compose de vingt (20) questions, dont l'objectif est de connaître les difficultés rencontré par les personnels pendant la nuit.
- ✓ Questionnaire posé aux patients (questionnaire n°2) : Ce questionnaire est composé de dix (10) questions, l'objectif c'est de connaître le niveau de satisfaction des patients sur la prise en charge.

Nous avons choisi cet outil parce que c'est le plus approprié à notre étude pour obtenir des résultats quantitatifs et statistiques comme nous l'avons déjà cité, et également pour des résultats qualitatifs du moment où le personnel est le mieux placé pour nous communiquer leurs conditions de travail, ainsi les patients évaluer la qualité.

3.5.Les problèmes et les difficultés rencontrées

Durant notre étude un ensemble de difficultés ont empêché le bon déroulement de notre travail on peut citer :

- Manque flagrant de données et de littérature concernant notre sujet en Algérie, très peu d'études faites dans ce sens, on peut encore le considérer comme un sujet nouveau et à exploiter.
- Une autre difficulté qu'on a rencontré dans notre chemin, et qui concerne notre collecte de données auprès de l'EPH de Kherrata : qui consiste en la difficulté

d'obtention d'informations sensibles de la part des personnes concernées, et un manque de temps pour le personnel qui ont accepté de répondre à notre questionnaire ,pour cela, nous avons distribué l'exemplaire du questionnaire pour leur permettre de répondre aux questions posées en dehors des heures de travail. Et une difficulté de faire comprendre le questionnaire aux patients, surtout pour les plus âgées, comme on a remarqué aussi dont leur façon de répondre, ils/ elles répondaient avec prudence et crainte même avec peur.

3.6.Déroulement de la collecte de données

L'enquête s'est déroulée du 01 /04 /2013 au 30 /04 /2013.

Pour le questionnaire destiné aux infirmiers, nous étions obligés de nous présenter et d'expliquer l'objectif de l'enquête aux infirmiers.

Et pour le questionnaire adressé aux patients nous étions présents pour assurer une meilleure compréhension des questions.

II- PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

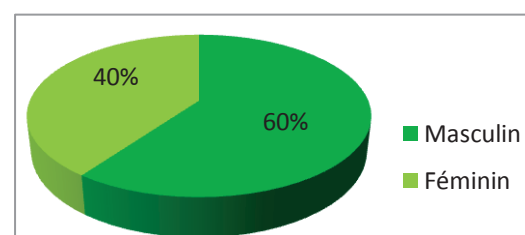
1. Présentation et analyses des résultats du questionnaire pour les infirmiers

A. Information générale

1. Répartition selon le sexe

Tableau n°04 : répartition des infirmiers(es) enquêtés selon le sexe		
Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	30	60%
Féminin	20	40%
Total	50	100%

Figure 06 : Répartition selon le sexe



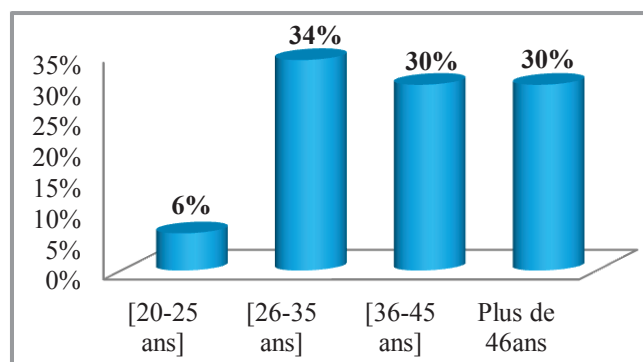
Source : notre enquête, Avril 2013

Commentaire : Sur les 50 infirmiers de nuit, le sexe masculin est légèrement supérieur (60%) par rapport au sexe féminin (40%).

2. Répartition selon l'âge

Tableau n°05 : répartition des infirmiers(es) selon l'âge		
Age	Effectif	Pourcentage
[20-25 ans]	03	6%
[26-35 ans]	17	34%
[36-45 ans]	15	30%
Plus de 46ans	15	30%
Total	50	100%

Figure 7 : répartition selon l'âge



Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : la population cible est composée de 50 infirmiers dont la majorité (34%) est âgés entre 26et 35ans, et une égalité (30%) entre ceux qui ont plus de 46ans et ceux qui sont âgés entre 36ans et 45ans.

3. Répartition selon l'état civil

Tableau 06 : répartition du personnel infirmier(e) selon l'état civil		
Etat civil	Effectif	pourcentage
Célibataire	11	22%
Marié (e)	39	78%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (ve)	00	00%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : dans cette répartition on remarque que le personnel marié(e) est le plus dominant avec un pourcentage 78%, les célibataires avec 22%, quant aux autres catégories (veuf et divorcé) son nul, c'est-à-dire inexistantes dans cette population enquêté.

4. Selon le nombre d'année de travail pendant la nuit

Tableau n° 07 : le nombre d'année de travail pendant la nuit		
Durée	Effectif	Pourcentage
1 mois à 5ans	23	46%
6 ans à 10 ans	10	20%
10 ans et plus	17	34%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

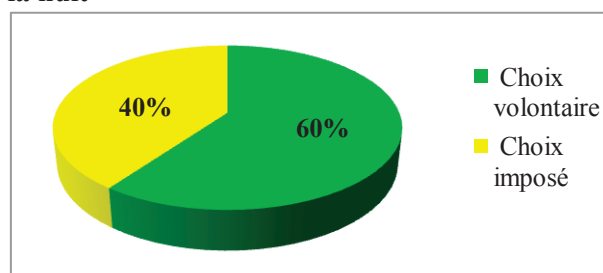
Commentaire: Nous constatons que **46%** de la population interrogés, ont moins de 5ans d'ancienneté, et **34%** sont ceux ayant plus de dix (10) ans d'ancienneté.

B. L'organisation de travail

1. le choix de travailler la nuit

Tableau 08 : Répartition selon le choix de travailler la nuit		
Choix	Effectif	%
Choix volontaire	30	60%
Choix imposé	20	40%
Total	50	100%

Figure 8 : Répartition selon le choix de travailler la nuit



Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : d'après ce tableau on remarque **60%** des réponses sont volontaire, et **40%** ont subi d'une manière imposée ce choix.

2. le total des heurs travaillés la nuit

Tableau n°09 : le total des heurs travaillé la nuit		
Heurs	Effectif	Pourcentage
2H à 5H	02	04%
5H à 8H	07	14%
Plus de 8H	41	82%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : on remarque que la majorité des enquêtés(e) **82%**, travaillent plus de 8heurs pendant la nuit, alors que **14%** travaillent 5heurs jusqu'à 8 heur dans chaque nuit.

3. Vous travailler dan un :

Tableau 10 : répartition des réponses sur les postes occupées		
Poste	Effectif	Pourcentage
Poste spécialisé et fixe	45	90%
Changer de poste fréquemment	02	04%
Changer de poste périodiquement	03	06%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : la majorité de personnel infirmier enquêté (**90%**), ont un poste spécialisé et fixe, quant au reste on trouve (**04%**) changent de poste fréquemment, et les (**06%**), changent de poste périodiquement.

4. Repos pendant la nuit et la continuité des soins

Tableau 11 : répartition des réponses sur le repos et la continuité des soins

Repos pendant la garde	Nbr*	%	Si oui les soins sont assurer sont					
			Continués par un collègue infirmiers			Confiés au garde malade		
			réponses	Nbr*	%	réponses	Nbr	%
Oui	39	78%	Oui	39	78%	Oui	/	/
Non	11	22%	Non	11	22%	Non	50	100%
Total	50	100%	Total	50	100%	Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Nbr* : nombre.

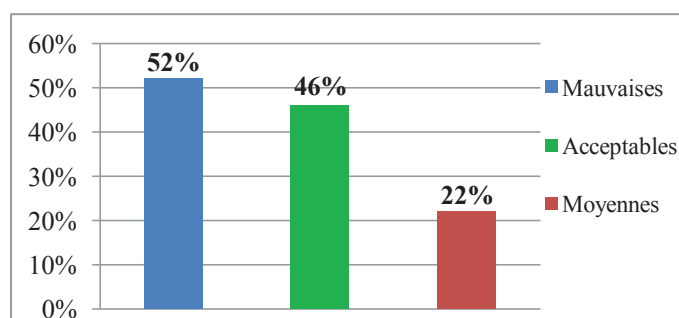
Commentaire : on remarque que plus de **78%** de personnel infirmier qui travail la nuit se reposent, et ils assurent la continuité des soins par leurs collègue infirmier(e), et le reste des enquête (22%) disent qu'ils se reposent pas.

5. Condition de travail des infirmiers

Tableau 12 : appréciation condition de travail pendant la nuit

Réponse	Effectif	pourcentage
Mauvaises	26	52%
Acceptables	13	46%
Moyennes	11	22%
Total	50	100%

Figure 9 : Appréciation des conditions du travail de l'infirmier pendant la nuit.



Source : notre enquête, Avril 2013.

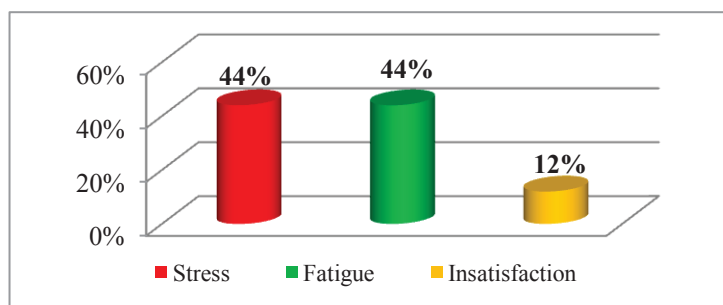
Commentaire : **52%** des infirmiers(e) interrogés(e), trouvent que les conditions de travail de nuit dans l'EPH de Kherrata, sont mauvaises, **46%** disent qu'ils sont acceptables, et le reste **22%** confirme qu'ils sont moyens.

6. Conséquences résultantes des conditions de travail de nuit

Tableau 13 : Effets des conditions de travail de nuit sur les infirmiers

Réponses	Effectif	%
Stress	22	44%
Fatigue	22	44%
Insatisfaction	06	12%
Total	50	100%

Figure 10 : Effets condition de travail de nuit sur les infirmiers(e)



Source : notre enquête, Avril 2013

Commentaire : on voit qu'il y a une égalité de réponse pour le stress et la fatigue (44%), et les 12% des répondants éprouvent l'insatisfaction.

7. L'organisation de travail de nuit

Tableau 14 : répartition des réponses des infirmiers(e) de nuit sur l'organisation de travail

Réponses	Effectif	Pourcentage
Bonne	08	16%
Moyenne	38	76%
Mauvaise	04	08%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : 76% des réponses, trouve que l'organisation de travail pendant la nuit est moyenne alors que 16% la trouve bonne, et 08% la trouve mauvaise.



8. Communication

Tableau 15 : répartition des réponses concernant la communication

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	41	82%
Non	9	18%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : d'après ce tableau on remarque qu'il ya une communication suffisante entre les infirmiers qui travaillent la nuit avec **82%**. Le reste **18%** affirment qu'elle est absente.

9. collaboration de l'équipe de nuit

Tableau 16 : répartition des réponses concernant la collaboration d'équipe de nuit

Réponses	Effectif	Pourcentage
Bonne	15	30%
Assez bonne	27	54%
Médiocre	08	16%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

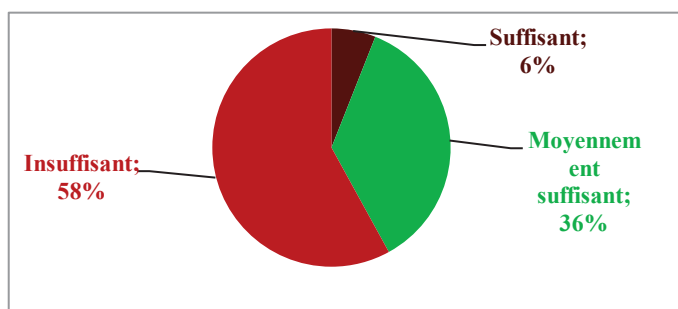
Commentaire : la collaboration de l'équipe de nuit dans l'EPH de Kherrata, est assez bonne d'après les réponses on a **54%**, et **30%** la trouve bonne, alors que **16%** restant dise qu'il est médiocre.

10. Effectif du personnel infirmier la nuit

Tableau 17 : répartition des réponses sur l'effectif de personnel pendant la nuit

Réponses	Effectif	Pourcentage
Suffisant	03	06%
Moyennement suffisant	18	36%
Insuffisant	29	58%
Total	50	100%

Figure 11 : répartition des réponses sur l'effectif de personnel pendant la nuit



Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : avec **58%** de réponses disent que l'effectif de personnel infirmiers qui travail la nuit est largement insuffisant.

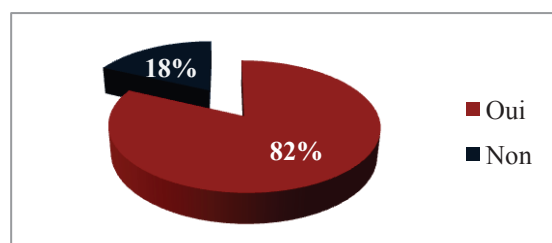
C. contraintes physique et sollicitation psychologiques

1. Pénibilité de travail de nuit

Tableau 18 : répartition des réponses sur la pénibilité de travail de nuit

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	41	82%
Non	09	18%
Total	50%	100%

Figure 12 : répartition des réponses sur la pénibilité de travail de nuit



Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : **82%** trouvent que le travail de nuit est plus pénible que celui de la journée, alors que **18%** disent le contraire.

2. Démotivation

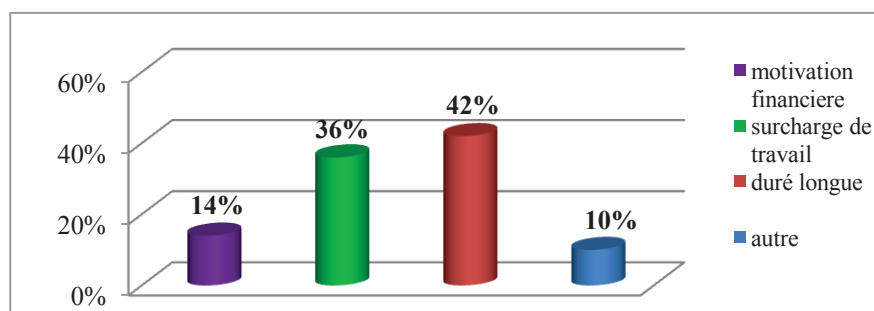
Tableau 19 : répartition des réponses sur la motivation envers le travail de nuit

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	39	78%
Non	11	22%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

➤ Si oui, quelles sont les causes.

Figure 13 : différentes causes de démotivation envers le travail de nuit



Source : réalisé par nos soins, à partir de notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : 78% des enquêtés(e) se sentent démotivés vis-à-vis leur travail de nuit, à cause de la surcharge de travail (36%) et la durée très longue (42 %).

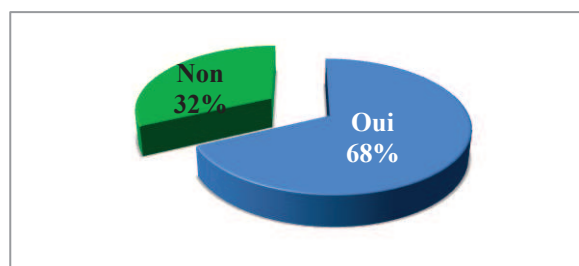
D. Sécurité

1. La sécurité des infirmiers(e) de nuit

Tableau n°20 : répartition des réponses sur la sécurité

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	34	68%
Non	16	32%
Total	50	100%

Figure 14 : répartition des réponses sur la sécurité

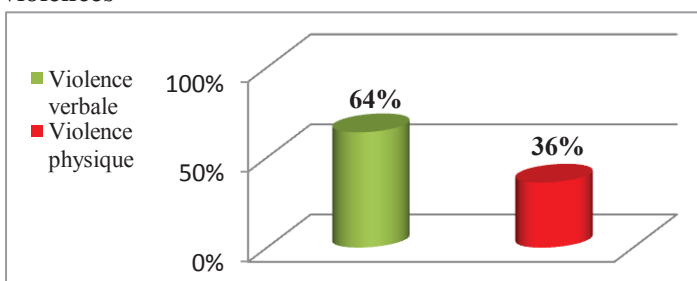


Source : notre enquête, Avril 2013.

➤ Si oui, quel type de violence

Tableau n°21 : répartition des réponses sur le type de violence		
Réponses	Effectif	%
Violence verbale	32	64%
Violence physique	18	36%
Total	50	100%

Figure 15 : Répartition des réponses selon le type de violences



Source : notre enquête, Avril 2013.

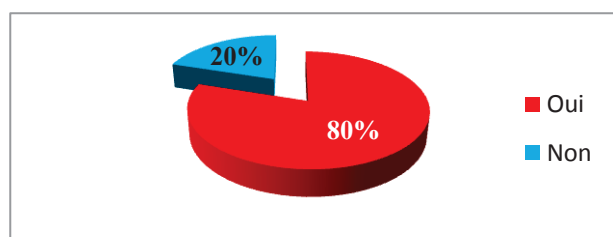
Commentaire : 68%, de personnel infirmier enquêté, affirment qu'ils ont été victimes de violence de la part d'un malade, ou de sa famille, dont 64% des cas sont des violences verbales.

E. Qualité de la prestation des soins

1. Effet de condition de travail de nuit des infirmiers sur la santé des patients

Tableau n°22 : répartition des réponses sur les effets de CT* sur la santé des patients		
Réponses	Effectif	pourcentage
Oui	40	80%
Non	10	20%
Total	50	100%

Figure 16 : Répartition des réponses sur les effets de CT sur la santé des patients



Source : notre enquête, Avril 2013.

CT* : condition de travail

Commentaire : on remarque que 80% des réponses affirment que les conditions de travail actuelle des personnels infirmiers qui travail la nuit, ont des répercussions néfastes sur la santé des patients.

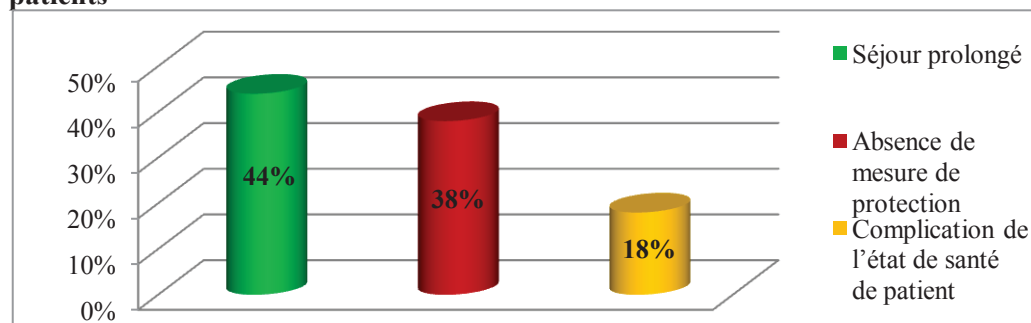
➤ Si oui, quels sont ses effets ?

Tableau n°23 : conséquences de condition de travail de nuit des infirmiers(e)

Effets de condition de travail	Effectifs	pourcentage
Séjour prolongé	22	44%
Absence de mesure de protection	19	38%
Complication de l'état de santé de patient	09	18%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 17 : Conséquences des conditions de travail de nuit sur l'état de santé des patients



Source : réalisé par nos soin, à partir les données du tableau n°23

Commentaire : la majorité des infirmiers(e), (80%), trouvent que leur conditions de travail ont des répercussions néfastes sur la santé des patients, vue qu'elles engendrent le prolongement de séjour d'hospitalisation (44%), ou encor absence de mesure de protection (38%).

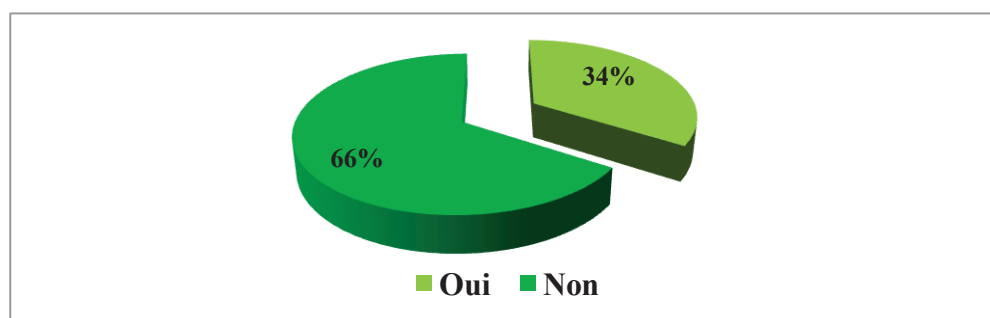
2. Niveau de satisfaction des infirmiers(e) de nuit

Tableau n°24 : Répartition des réponses sur la satisfaction des infirmiers(e) de la qualité de la prestation des soins dispensé dans leurs conditions de travail

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	17	34%
Non	33	66%
Total	50%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013

Figure 18 : Répartition des réponses sur la satisfaction des infirmiers(e) de la qualité de la prestation des soins dispensés dans leurs conditions de travail



Source : réalisé par nos soins, à partir des données du tableau n°24

Commentaire : 66% des infirmiers(e), ne sont pas satisfaites de la qualité de la prestation des soins fournis pendant la nuit. Et 34% éprouvent un sentiment de satisfaction.

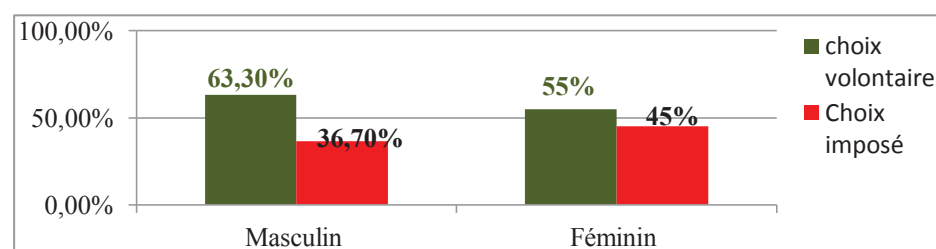
Afin de mieux comprendre l'objectif qu'on veut atteindre à partir de ce questionnaire et pour avoir des résultats plus explicatifs, on est emmené à faire des tableaux croisés pour voir un peu quelles sont les variables qui influencent sur les autres variables, et de quoi elles sont dépendantes.

➤ **Influence du sexe sur le choix de travail**

Tableau n° 25 : Relation du sexe avec le choix du travail					
			Sexe		Total
			Masculin	Féminin	
Choix du travail	Choix volontaire	Effectif	19	11	30
		Pourcentage	63,3%	55%	60%
	Choix imposé	Effectif	11	09	20
		Pourcentage	36,7%	45%	40%
Total		Effectif	30	20	50
		Pourcentage	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 19 : relation du sexe avec le choix du travail



Source : réaliser par nos soin, à partir des donnés du tableau n°25.

Commentaire : d'après ce tableau, on remarque que **63,3%** parmi les répondants pour le choix volontaire sont de sexe masculin, alors que **45%** parmi ceux qui ont répondu pour le choix imposé est de sexe féminin.

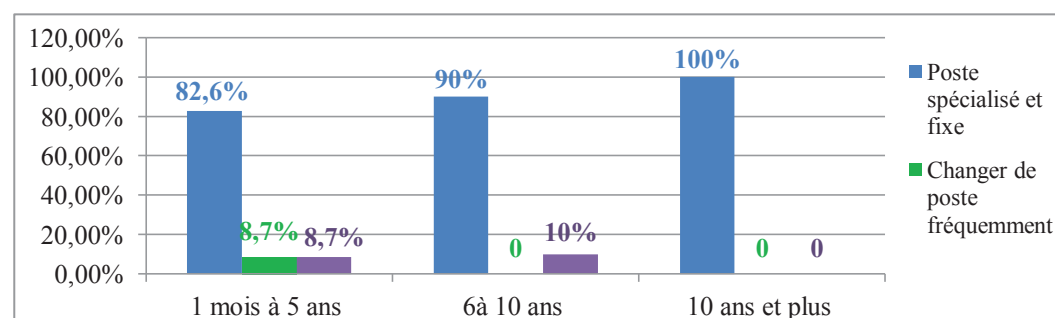
➤ **Durée d'ancienneté dans le travail de nuit et le type de poste occupé.**

Tableau n°26 : relation entre durée d'ancienneté dans le travail de nuit et les poste prises

			Durée d'ancienneté de travail de nuit			Total
			1 mois à 5 ans	6à 10 ans	10 ans et plus	
Vous travailler dans un	Poste spécialisé et fixe	Effectif	19	09	17	45
		%	82,6%	90%	100%	90%
	Changer de poste fréquemment	Effectif	02	/	/	02
		%	08,7%	/	/	04%
	Changer de poste périodiquement	Effectif	2	01	/	3
		%	08,7%	10%	/	06%
Total		Effectif	23	10	17	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 20 : Relation entre durée d'ancienneté dans le travail de nuit et les poste prises



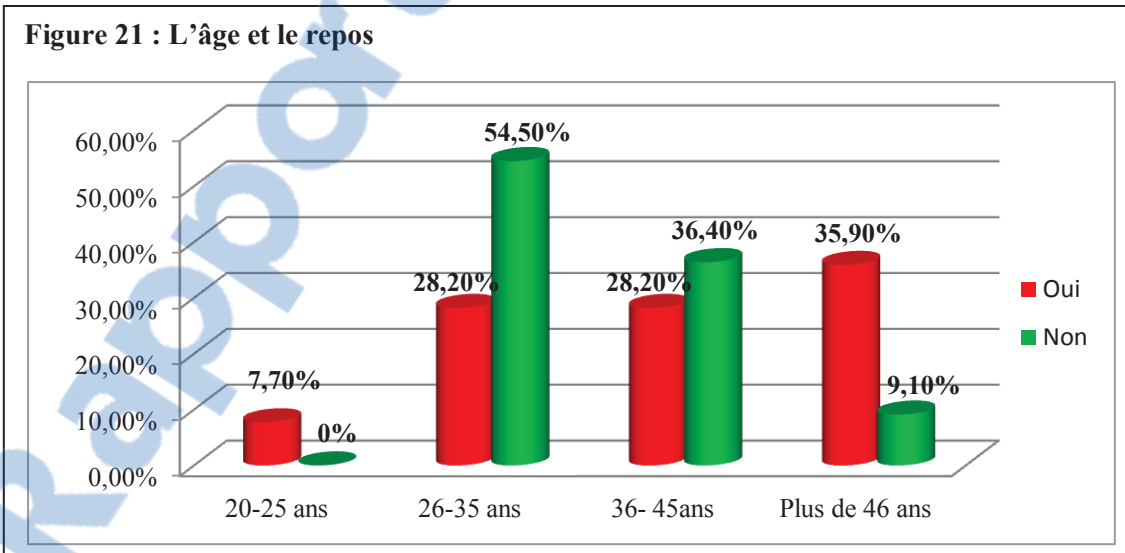
Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°26.

Commentaire : selon les enquêtés(e), on trouve (82,6%) des répondants pour un poste fixe et spécialisé sont ceux qui ont travaillés la nuit, pendant la période d'un mois jusqu'à cinq (05) ans.

➤ **Relation entre l'âge et le repos pendant la garde de nuit**

			Repos pendant la nuit		Total
			Oui	Non	
Age	20-25ans	Effectif	03	/	03
		%	07,7%	/	06%
	26-35ans	Effectif	11	06	17
		%	28,2%	54 ,5%	34%
	36-45ans	Effectif	11	04	15
		%	28,2%	36 ,4%	30%
	Plus de 46ans	Effectif	14	01	15
		%	35,9	9,1%	30%
Total		Effectif	39	11	50
		%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



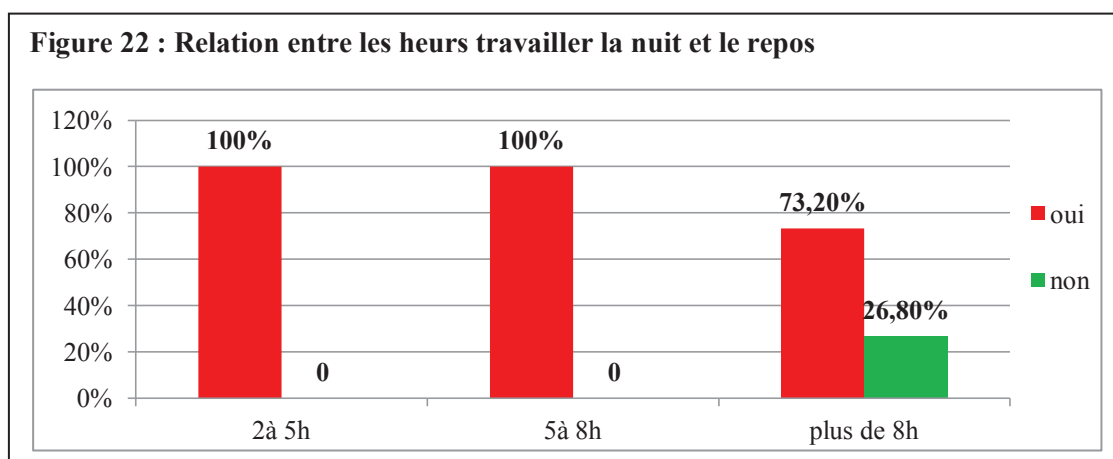
Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°27.

Commentaire : on remarque que, 35,9% des enquêtés(e), qui ont répondu(e) par “ Oui “, pour le repos pendant la nuit sont ceux qui sont âgés(e) plus de 46ans.

➤ Les heurs de travail pendant la nuit et le repos

Tableau n°28 : Relation entre les heurs travailler la nuit et le repos						
			Heurs de travail pendant la nuit			Total
			2h à 5h	5h à 8h	Plus de 8h	
Reposer la nuit	Oui	Effectif	02	07	30	39
		%	100%	100%	73,2%	78%
	Non	Effectif	00	00	11	22
		%	00	00	26,8%	22%
Total		Effectif	02	07	41	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°28

Commentaire : on aperçoit que 73,2% de ceux qui se reposent pendant leur garde de nuit, sont ceux qui travaillent plus de 8heurs pendant la nuit.

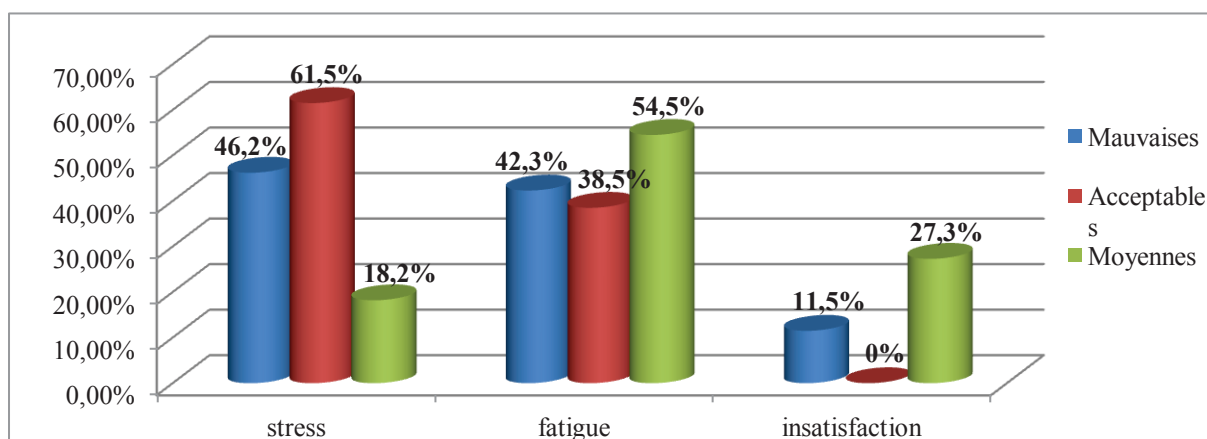
➤ Les conditions de travail et ses répercussions sur le personnel infirmier

Tableau n°29 : le niveau d'influence des conditions de travail sur le personnel infirmier

			Conditions de travail des infirmiers la nuit			Total
			Mauvaises	Acceptables	Moyennes	
Conséquences résultantes des conditions de travail	Stress	Effectif	12	08	02	22
		%	46,2%	61,5%	18,2%	44%
	Fatigue	Effectif	11	05	06	22
		%	42,3%	38,5%	54,5%	44%
	Insatisfaction	Effectif	03	00	03	06
		%	11,5%	00	27,3%	12%
Total		Effectif	26	13	11	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 23 : Présentation graphique de l'influence de CT sur le personnel infirmier



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°29

Commentaire : 46,2% des répondants pour le stress, et 42,3% répondants pour la fatigue, disent que ces derniers (stress et fatigue) sont causés par leurs mauvaises conditions de travail.

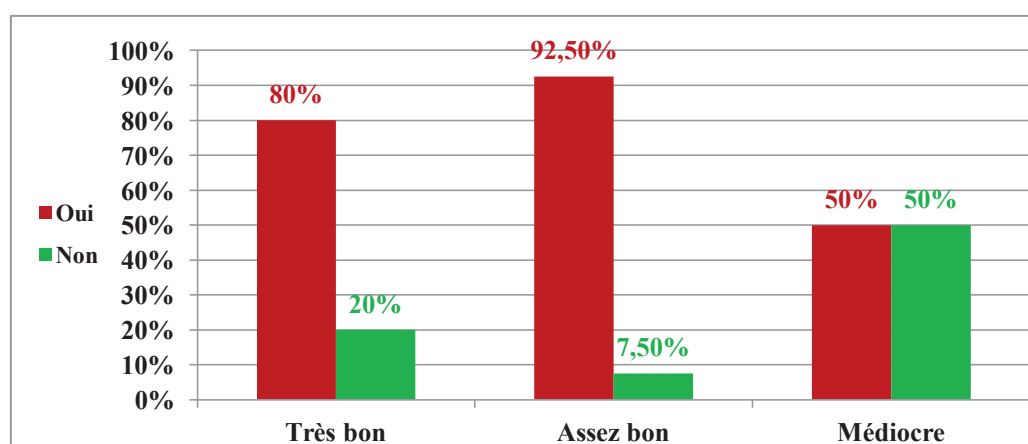
➤ la communication et la collaboration de l'équipe de nuit

Tableau n°30 : L'effet de la collaboration de l'équipe de nuit sur la communication

			Collaboration de l'équipe de nuit			Total
			Très bonne	Assez bonne	Médiocre	
Communication	Oui	Effectif	12	25	04	41
		%	80%	92,6%	50%	82%
	Non	Effectif	03	02	04	09
		%	20%	07,4%	50%	18%
Total		Effectif	15	27	08	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 24 : L'effet de la collaboration de l'équipe de nuit sur la communication



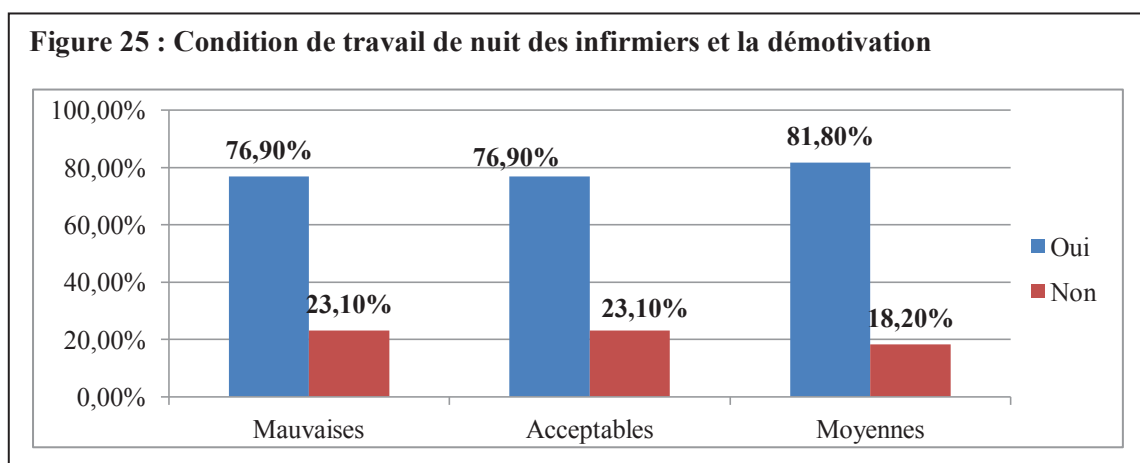
Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°30

Commentaire : 92,5% de ceux qui disent que la communication est présente, affirment que la collaboration de leur équipe est assez bonne.

➤ Condition de travail des infirmiers et la démotivation

Tableau n°31 : Condition de travail de nuit des infirmiers et la démotivation						
			Conditions de travail de nuit des infirmiers			Total
			Mauvaises	Acceptables	Moyennes	
Démotivation	Oui	Effectif	20	10	09	39
		%	76,9%	76,9%	81,8%	78%
	Non	Effectif	06	03	02	11
		%	23,1%	23,1%	18,2%	22%
Total		Effectif	26	13	11	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



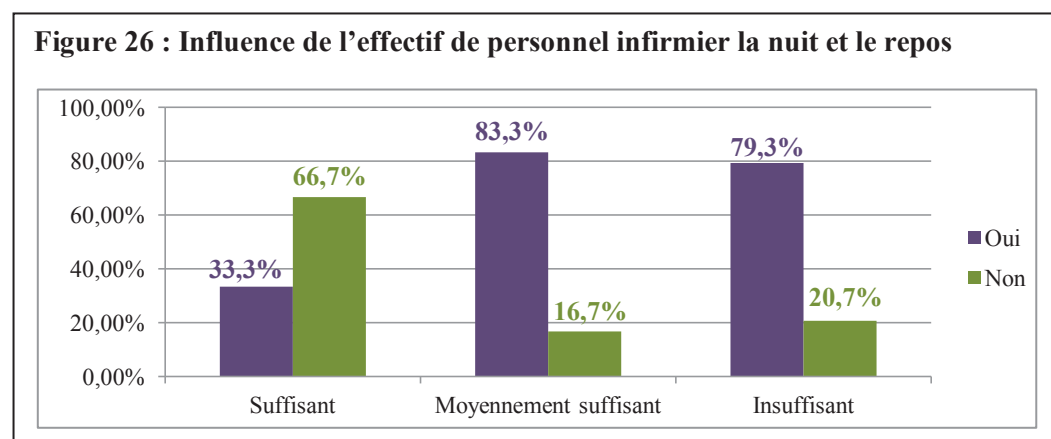
Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°31.

Commentaire : on a **78%** de ceux qui se sentent démotivé vis-à-vis leur travail, trouvent que leurs conditions de travail mauvaises.

➤ L'effectif de personnel infirmier la nuit et le repos

Tableau n°32 : l'effectif de personnel infirmier la nuit et le repos						
			Effectif de personnel infirmier la nuit			Total
			Suffisant	Moyennement suffisant	Insuffisant	
Reposer la nuit	Oui	Effectif	01	15	23	39
		%	33,3%	83,3%	79,3%	78%
	Non	Effectif	02	03	06	11
		%	66,7%	16,7%	20,7%	22%
Total		Effectif	03	18	29	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



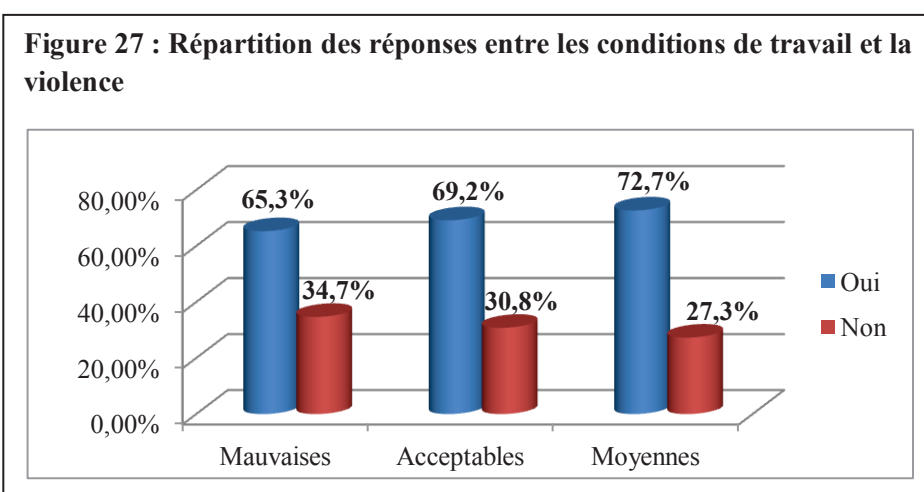
Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°32

Commentaire : 79,3% de ceux qui se reposent pendant la garde de nuit, trouvent que l'effectif de personnel infirmier qui travail la nuit est insuffisant, ce qu'on comprend de là que les infirmiers sont parfois négligents.

➤ La sécurité et les conditions de travail de la nuit

Tableau n°33 : Répartition des réponses entre les conditions de travail et la violence						
			Condition de travail de nuit			Total
			Mauvaises	Acceptables	Moyennes	
Violence pendant la nuit	Oui	Effectif	14	09	08	34
		%	65,4%	69,2%	72,7%	68%
	Non	Effectif	09	04	03	16
		%	34,6%	30,8%	27,3%	32%
Total		Effectif	26	13	11	50
		%	100%	100%	100%	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°33

Commentaire : 65,4% des enquêtés de l'EPH de Kherrata, qui ont répondu que durant leur carrière de travail de nuit, étaient victimes de la violence, et ils disent que c'est à cause de leur mauvaises conditions de travail.

2. Présentation et analyses des résultats du questionnaire pour les patients

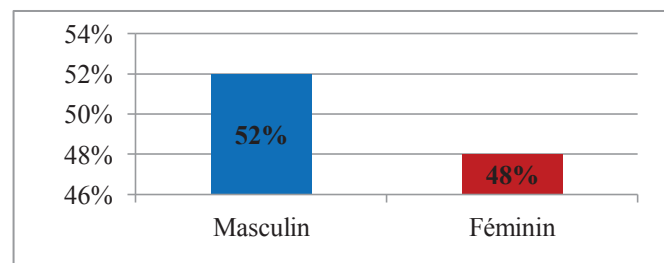
2.1. Répartition selon le sexe

Tableau n°34 : Répartition les patients interrogés selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	26	52%
Féminin	24	48%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 28 : Présentation graphique de la population selon le sexe



Commentaire : parmi les 50 patients(e) enquêtés(e), on remarque que **52%** d'entre eux sont de sexe masculin et **48%** et de sexe féminin.

2.2. Répartition selon l'âge

Tableau n°35 : répartition des interrogés(e) selon l'âge

Age	Effectif	%
Moins de 15ans	02	04%
16-25ans	08	16%
26-35ans	13	26%
36-45ans	16	32%
Plus de 46ans	11	22%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

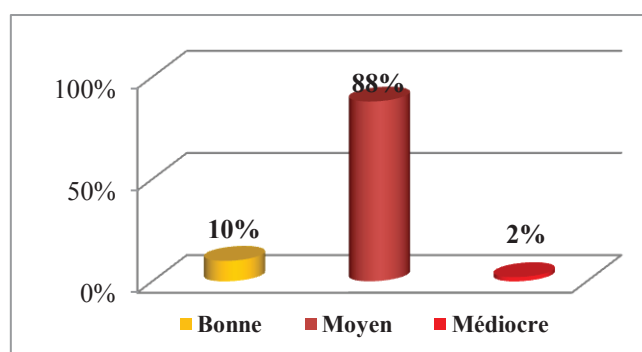
Commentaire : on a **32%** parmi les 50 patients(e) interrogés(e) leur âge varie entre [36-45ans], **26%** de [26-35ans], et ceux/celles qui sont âgés(e) plus de 46ans on a **22%**.

➤ Appréciation de l'accueil

Tableau n°36 : répartition des réponses sur l'appréciation de l'accueil

Réponses	Effectif	%
Bonne	05	10%
Moyen	44	88%
Médiocre	01	02%
Total	50	100%

Figure 29 : appréciation de l'accueil



Source : notre enquête, Avril 2013.

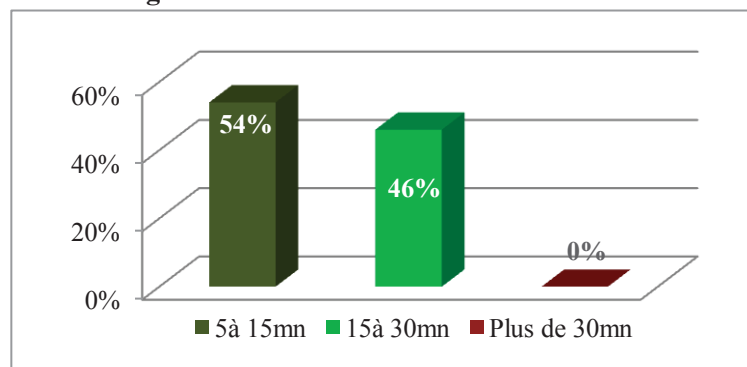
Commentaire : 88% des réponses, collectés au près des patients(e), témoignent que l'accueil dans l'EPH de Kherrata, est moyen, alors que 02% le trouve médiocre.

➤ Délai d'attente

Tableau n° 37 : Répartition des réponses sur le délai d'attentes en cas d'urgences la nuit

Réponses	Effectif	%
5à 15mn	27	54%
15à 30mn	23	46%
Plus de 30mn	00	00%
Total	50	100%

Figure 30 : Répartition des réponses sur le délai d'attentes en cas d'urgences la nuit



Source : notre enquête, Avril 2013.

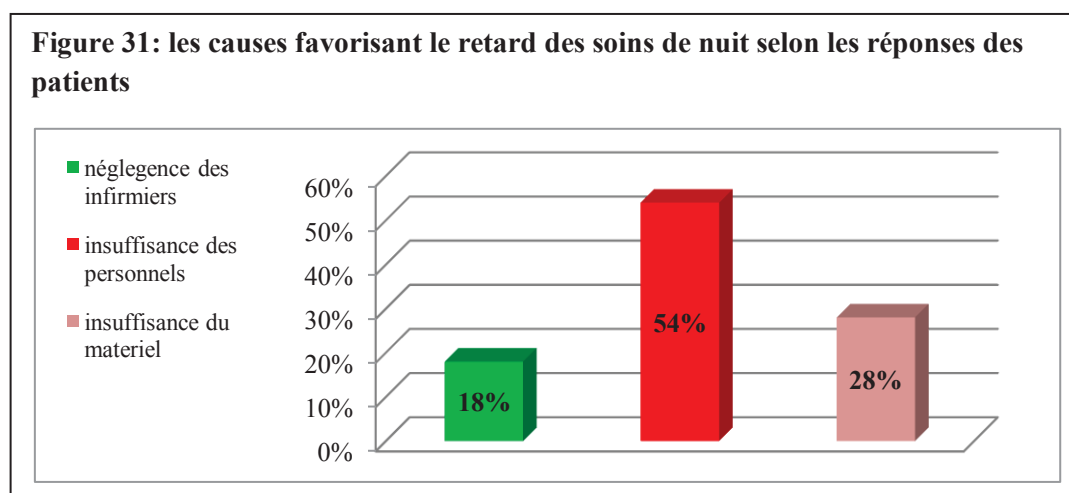
Commentaire : 54% des réponses, donnés(e) par les patients(e) sont celles qui montre que si ils/elles appellent l'infirmiers(e) en cas d'urgence pendant la nuit ; le délai d'attente est de 5à 15minute. Par contre 46% disent qu'ils/elles attendent plu de 15 minutes même jusqu'à une demi-heure.

➤ Les soins nécessaires dans le temps prévu

Tableau n° 38 : répartition des réponses sur le temps prévu pour les soins de nuit		
Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	22	44%
Non	28	56%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

➤ Si non, quels sont les causes



Source : réalisé par nos soins à partir des données de l'enquête.

Commentaire : parmi les 50 réponses collecté au prés des patients(e) enquêtés(e) on a **56%** qui disent qu'ils/elles prennent leur soins nécessaires au cour de nuit dans les temps prévus, alors que les **44%** restants disent le contraire et ils/elles les remets aux cause suivantes voire **54%** trouvent que le personnel infirmier est insuffisant, négligences des infirmiers(**18%**), ou encor pour l'insuffisance du matériel.

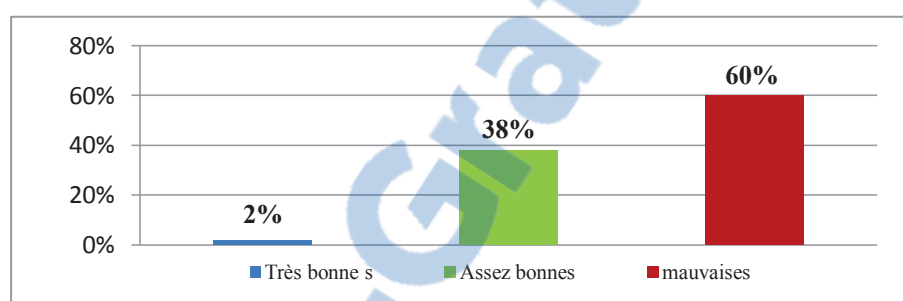
2.6. Condition de travail des infirmiers de nuit

Tableau n° 39 : point de vue des patients sur les conditions de travail des infirmiers

Réponses	Effectif	%
Très bonne s	01	02%
Assez bonnes	19	38%
mauvaises	30	60%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.

Figure 32 : les conditions de travail selon les patients



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°39

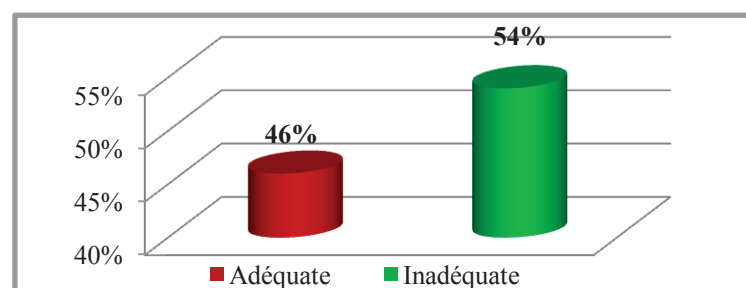
Commentaire : 60% des patients(e), trouve que les conditions de travail des infirmiers pendant la nuit est mauvaises.

2.7. Relation malade-infirmier

Tableau n° 40 : relation malade-infirmier pendant la nuit

Réponses	Effectif	%
Adéquate	23	46%
Inadéquate	27	54%
Total	50	100%

Figure 33 : Relation malade- infirmier pendant la nuit



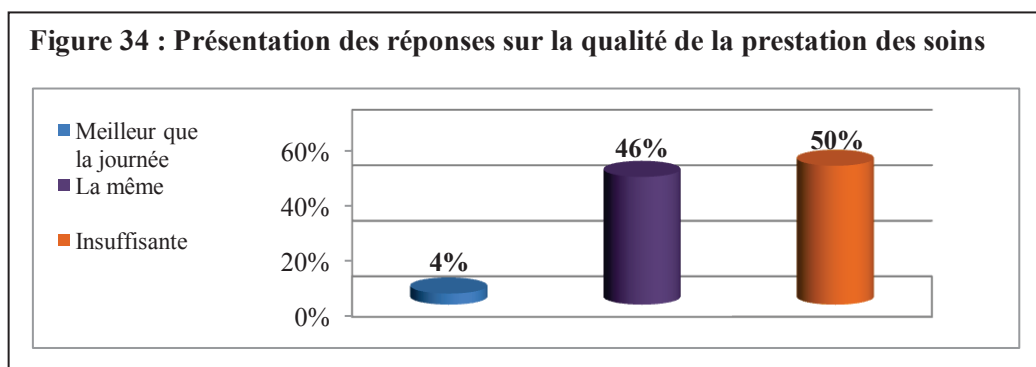
Source : notre enquête, Avril 2013.

Commentaire : 54% des patients(e) disent que leur relation avec les infirmiers (e) est inadéquate.

2.8. Qualité de la prestation des soins

Tableau n°41 : répartition des réponses sur la qualité de la prestation des soins		
Réponses	Effectif	pourcentage
Meilleur que la journée	02	04%
La même	23	46%
Insuffisante	25	50%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013.



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°41

Commentaire : la moitié (50%) des patients(e), trouvent que la qualité de la prestation des soins la nuit est insuffisante, alors que 4% trouvent qu'elle est meilleure que la journée.

2.9.L'influence des conditions de travail sur la santé des patients

Tableau n° 42 : réponse sur l'effet des CT sur la santé des patients		
Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	36	78%
Non	14	28%
Total	50	100%

Source : notre enquête, Avril 2013

Commentaire : 78% des patients (e) indiquent que les conditions de travail de nuit des infirmiers ont des répercussions néfastes sur leur santé.

III- DISCUSSION DES RESULTATS

1. Discussion des divers résultats

Après avoir interprété les données des tableaux précédemment faites dans la 2^{ème} section, on passe maintenant à la discussions de ses résultat afin de confirmer nos hypothèses de recherche.

Dans les résultats obtenus, certaines données ont attiré notre attention et qui font référence à l'objectif de notre étude

D'après les résultats obtenus de notre enquête, on remarque que dans la répartition des deux populations interrogées selon le sexe, que le sexe masculin est le plus dominant dans les deux échantillons étudiés, à savoir 60% pour les infirmiers(e), et 52% pour les patients.

La répartition des deux populations enquêtées (infirmiers et patients), selon l'âge est très variée, ce qui est remarquable que dans la population infirmiers, on trouve que ceux qui sont âgés(e) entre [26ans-35ans], sont les plus fréquents, c'est-à-dire que l'EPH de Kherrata est doté d'un personnel jeune.

Selon la situation familiale, la majorité de la population étudiée est mariée (78%) tout en sachant que 22% se déclarent célibataires. Ce qui implique que les mariés sont supposés avoir plus de charge par rapport aux célibataires du fait de leurs engagements dans

un double rôle, d'une part comme des travailleurs qui gèrent leur carrière professionnelle et comme des individus ayant des responsabilités familiales d'une autre part.

Quant aux nombre d'années d'expériences, les sujets enquêtés qui ont plus de 10ans d'expérience représentent **34%**, tandis que ceux ayant moins de 5 ans d'expérience représentent **46%**. Il en ressort que le personnel infirmier de nuit de l'EPH de kherrata est doté de potentiel humain moins expérimentés.

La plupart des infirmiers(e) enquêtés ont choisis de travailler la nuit, voir **63,3%** est de sexe masculin pour des raisons fréquentent (calme de nuit, l'autonomie,...), par contre on a marqué que **45%** de ces enquêtés est de sexe féminin, travaillent la nuit, alors qu'on sait que le travail de nuit est en principe interdit aux femmes, mais pour la continuité des soins ces dernières(femmes) sont amenées a travailler la nuit obligatoirement ce qui veut dire que c'est un choix imposé, au cours de notre stage nous avons quelque témoignage, parmi ces femmes qui travail la nuit, y on a celles surtout les mères d'enfant, trouvent que ces horaires de travail les arrange car elles disent que le faite de travailler la nuit sa leur évite par exemple les frais de nourrice pendant la journée, par contre d'autre disent que ça leur causes des problèmes surtout eu niveaux familiale.

En ce qui concerne le repos, nous avons retenus que les infirmiers âgés plus de 46ans, se reposent pendant la garde, ce qu'on comprend que c'est les plus âgés qui se reposent vue que leur âge ne leur permet pas de rester éveiller toute une nuit avec une durée longue de garde (plus de 8h de garde), notant aussi que les jeunes infirmiers se reposent aussi, car ils affirment que leur début de carrière professionnel est considéré comme une période très difficile. Le repos pendant la garde de nuit, peut être jugé comme une négligence de la part des infirmiers, car dans le règlement, les soins doivent être en continu et sans cesse quelque soit l'obstacle, pour cela, programmer des périodes de repos pendant la nuit, peut éviter trop de fatigue.

Notant aussi que pendant que les infirmiers(e) se reposent, la continuité des soins est assurée par leurs collègues infirmiers (e), même par un aide soignant, ce qui modifie le travail selon la spécialisation des tâches.

Dans notre enquête on remarque aussi, que le nombre d'année d'expérience est associé au type de poste occupé, on trouve que ceux qui ont une ancienneté de dix ans et plus, avaient des postes fixe et spécialisé, et ils travaillent plus de 8heus, la nuit.

Condition de travail de nuit

Les résultats obtenus ont démontré que la moitié des patients et infirmiers(e), pensent que les conditions de travail de nuit à l'EPH de Kherrata sont mauvaises, pour les infirmiers de nuit, le travail de nuit est plus pénible que celui de la journée, car ils disent que le travail de nuit est plu fatigant et il exige plus d'effort, ils nous garantissent qu'ils se sentent démotivés vis-à-vis leur travail de nuit

Les infirmiers remettent en causes ces conditions à l'environnement de leur établissement, qui est caractérisé par une surcharge remarquable de travail, et une duré très longue de garde, ils ont mentionné aussi que l'effectif infirmier la nuit est insuffisant (**58%**), ce qui n'est pas étonnant que les stress et la fatigue sont les deux conséquences résultantes de ces mauvaises conditions et les plus motionné par les enquêtés.

2. Communication et collaboration

Pour l'infirmier de nuit, la communication avec ses collègues de travail passe d'abord par une bonne collaboration d'équipe, et cela pour un mieux partage des taches, dans l'EPH des Kherrata, les enquêtés(e), disent que la communication est satisfaisante, ils/elles trouvent que la collaboration de leur équipe pendant la nuit est assez bonne.

Et concernant la relation malade-infirmier, la collaboration entre eux s'établie lors des soins prescrit, alors que le patient a besoin plus que sa, dans notre enquête, les patients enquêtés disent que la relation malade -infirmier pendant la nuit est inadéquate, et ils ajoutent aussi que dans des cas d'urgences, les infirmiers ne répondent pas sur places, ils prennent du temps, ce qui poussent les patients a êtres insatisfaits, comme on la dit avant dans les deux chapitres précédents, que la qualité dépend de tout actes fournis par les infirmiers et surtout de la satisfaction des patients.

Concernant l'organisation de travail, les infirmiers, disent que l'organisation de leur établissement est moyenne, les patients, à leur tour ils indiquent que l'accueil pendant la nuit à l'EPH de Kherrata, est moyen.

3. Sécurité

De nombreux infirmiers sont confrontés à la réalité de la violence au travail, dans notre enquête, on a un fort taux de témoignage, différents infirmiers enquêtés ont été victimes de la violence de la part des patients ou de sa famille, que ce soit des violences verbales, ou violences physiques. Le taux élevé de la violence montre que les mesures de sécurité mises en place pour protéger les soignants n'ont pas réussi à réduire les cas des violences.

4. La qualité de la prestation des soins

Les résultats obtenus ont démontrés que les deux populations enquêtées (infirmiers et patients) affirment que les conditions de travail de nuit ont des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des patients, soit par augmentation du séjour, par absence de mesure de protection, ou encore par complication de l'état de santé de patient.

Les patients témoignent, qu'à cause de ces conditions, ils/elles ne prennent pas leurs soins dont ils nécessitent au cours de nuit dans les temps prévus, ils/elles remettent sa aux raisons suivantes : négligences des infirmiers, insuffisance des personnels de nuit, insuffisances du matériel. Tous ces raisons ont un effet sur la satisfaction des patients ce qui influence négativement sur la qualité de la prestation des soins.

Conclusion

Dans ce chapitre, on a pu observer la situation réelle de personnel infirmier travaillant la nuit ce qui menace la qualité de la prestation des soins à l'EPH de Kherrata, on a aussi cerné les conditions de travail, et les difficultés qui sont rencontrées par les infirmiers durant leur travail de nuit, et à partir de ces résultats, nous proposons les solutions suivantes :

- ✓ Augmenter l'effectif du personnel infirmier exerçant la nuit environ 05 à 06 infirmiers par équipe et/ou service surtout le service sensible comme soins continus,
- ✓ Equilibrer les périodes de travail par rapport à la journée.
- ✓ Autoriser les infirmiers de service de participer à la planification des gardes de nuit afin qu'ils/elles puissent exprimer leur point de vue.
- ✓ Insister sur la rotation du personnel sur les différentes périodes de travail (travail de nuit ainsi que du jour) afin d'éviter la démotivation.
- ✓ Faire des réunions régulières sur le fonctionnement des services, pour déterminer les difficultés qui poussent au dysfonctionnement.

- ✓ Doter les services de l'établissement de matériel essentiel (lit d'hospitalisations, les chaises roulantes, et surtout les calmants des douleurs), dans le but de le mettre à la disposition du personnel afin d'accomplir les soins dans les bonnes conditions.
- ✓ Assurer la communication avec les patients car elle reste toujours le meilleur outil qui facilite le déroulement du travail.
- ✓ Rétablir un bon système de sécurité pour réduire le taux de violence et assurer la sécurité du personnel.
- ✓ Organiser des formations pour les infirmiers travaillant dans les services des urgences permettant d'accroître leurs compétences.
- ✓ Prévoir un programme de suivi et contrôle de la santé du personnel.
- ✓ Programmer des périodes de repos pendant la garde de nuit.

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Les ouvrages :

- 1- Hervé Lecllet, CLAUDE Vilcot : « construire le système qualité d'un établissement de santé », AFNOR, 2000.
- 2- MISPELBLOM BEYER Frederik : Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Nouv.Ed., Paris, 1999.
- 3- PIGANIOL, C. : Techniques et politiques d'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise, Paris, 1980.

Mémoires et thèses :

- 4- BEN JILANI Houssine : « Les conditions de travail nocturne des infirmiers et qualité des soins », institut supérieur des sciences infirmiers de Sousse-Diplôme d'Etat d'infirmiers, 2009.
- 5- BENATIA Yacine : « L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes », Mémoire de Magister en psychologie clinique, Université Mentouri de Constantine, 2008.
- 6- BETROUNE Lyazid : « Essai d'analyse des conditions de travail du personnel soignant d'un établissement public de santé : Cas de L'EPH Akoul Ali d'Akbou », Mémoire de Master en Science Economique, Option Economie de la Santé, Université ABDERRAHMANE MIRA de Béjaia, 2011.
- 7- HAMOUDI Amina : L'impact de l'organisation de l'unité de soin sur la qualité des soins au niveau de l'Unité de réanimation polyvalente, Ecole de formation paramédicale Hussein-Dey Alger, 2011.
- 8- James IACINO : « Rôles de l'infirmier dans la prise en charge des malades et blessés », Mémoire de fin d'étude, Institut de Formation en Soins Infirmiers de paris, 1996.
- 9- KHELIF Houria et SAFI Kawthar : L'impacte de la surcharge du travail infirmier sur la qualité des soins Au niveau de service médecine interne à l'hôpital CHORFA,

Mémoire professionnel de fin d'étude, école de formation paramédicale Chlef, Algérie, 2009.

- 10- MALIK Mounda : Etude des conditions de travail de nuit du personnel infirmier, Cas : Services des urgences portes chirurgicales d'hôpital IBN SINA de Rabat, mémoire de fin d'études, Royaume du Maroc, 2006.
- 11- YAHYA MOUQLA : « Etude de la satisfaction au travail du personnel infirmier : cas de l'hôpital Alfarabi d'Oujda- Angads », Mémoire de fin d'étude en administration sanitaire, Institut National d'Administration Sanitaire, MAROC, 1999.

Article et communication :

- 12- Cathy Toupin : Infirmier de nuit : isolement et rôle de l'expérience , Université Paris 8, Créapt, Novembre 2009.
- 13- Cécil Betout, Céline Cardi, Emmanuelle Morvant et Stéphanie : Le travail de nuit des infirmiers : Effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins , Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre hospitalier Sainte-Anne, 22 Mai 2007.
- 14- Cnamts : Qualité des soins : la Démarche de Soins Infirmiers, Le 4 juillet 2002.
- 15- Cristofari. M.F, Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel, Centre d'études de l'emploi.2003
- 16- DARES : Les conditions de travail dans la fonction publique, Paris, Octobre, 2003.
- 17- Dominique Bertrand : Accréditation et qualité des soins hospitaliers, juin 2001.
- 18- Dr Hugues Maury : La question de la qualité, et la qualité de la question , Janvier 2006
- 19- EDOUARDE François : le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de la vie des salariés, France, 2010.
- 20- Geneviève POIRIER-COUTANSAIS : La qualité, Pourquoi ? Comment ?, Recherche en soins infirmiers N°10-11 - décembre 1987.
- 21- IRDES, la qualité des soins en France : comment la mesurer pour la comprendre, décembre 2008.
- 22- M. Othmani : « La rémunération », Gestion des ressources humaines, 2005.
- 23- Mouna EL GAIED : Démarches qualité à l'hôpital, changements symboliques des mentalités et nouveaux rapports au travail, Université Nancy.
- 24- Pr Brice Gayet : La démarche qualité en milieu hospitalier, Université Paris, décembre 1996.
- 25- SANDRET Nicolas : la souffrance au travail, mars 2010.

Revue

26- Yves MATILLON : qualité des soins : Revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire, ANAES, NOVEMBRE 1999.

Réglementation

- 1- Décret exécutif n°90-11 du 21/04/1990, portant statut particulier des relations de travail ;
- 2- Décret exécutif n°97-03 du 11/01/1997, fixant la durée légale du travail.

Site internet

- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Travaildenuit>
- <http://paramedicaldz.canalblog.com/archives/2011/06/02/21297661.html>
- <http://www.infirmiers.com/forum/l-infirmier-en-algerie.html>
- <http://www.materiel-medical.biz/content/96-confort-et-bien-etre-a-l-hopital>
- <http://www.paramedical-dz.com/>
- [www.cours.polymtl.ca/ind2501/outils base/Couts-Qualite.pdf](http://www.cours.polymtl.ca/ind2501/outils_base/Couts-Qualite.pdf)

ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire des infirmiers

Chers infirmiers :

*Dans le cadre de la préparation d'un diplôme de Master en science économique :
option Economie de la Santé, un mémoire de fin de cycle est envisager sous le thème «**le
travail de nuit des infirmiers : conditions et qualité de la prestation des soins** »
et qui nécessite votre collaboration.*

*Je vous pris de bien vouloir me remplir ce questionnaire qui me servira a l'élaboration
de mon travail, je vous remercie d'avance pour votre collaboration.*

- *Les réponses sont confidentielles.*
- *Le questionnaire est anonyme.*
- *Veuillez répondre lisiblement et précisément sans ratures.*
- *Cochez à l'aide d'un X dans la case correspondante.*

Questionnaire :

A) Informations générales :

1) Vous êtes du sexe :

Masculin : ☐ Féminin : ☐

2) votre âge se situe entre :

20-25 ans : ☐ 26-35ans : ☐ 36-45ans : ☐ plus de 46ans : ☐

3) Etat civil :

Célibataire : ☐ Marié(e) : ☐ Divorcé(e) : ☐ Veuf (ve) : ☐

4) Depuis combien du temps travaillez-vous la nuit comme infirmier de nuit ?

1mois à 5ans : ☐ 6ans à 10ans : ☐ 10ans et plus : ☐

B) Organisation de travail:

5) Votre travail de nuit est un :

Choix volontaire : ☐ Imposé : ☐

6) Combien d'heurs travaillez-vous la nuit ?

2h à 5h : ☐ 5h à 8h : ☐ plus de 8h : ☐

7) Vous travaillez dans un :

Poste spécialisé et fixe : ☐ vous changez de poste fréquemment : ☐

Vous changez de poste périodiquement : ☐

8) Vous arrive-t-il, des fois, de vous reposez pendant que vous assurez la garde de nuit ?

Oui : ☐ Non : ☐

*Si Oui, comment assurez-vous la continuité des soins ?

Les soins sont continués par un collègue infirmier : ☐

Les soins sont confiés au garde malade : ☐

9) Comment jugez-vous les conditions de travail au sein de votre établissement ?

Mauvaise : ☐ Acceptables : ☐ Moyenne : ☐

10) Quelles sont les conséquences résultantes de ces conditions de travail ?

Stress : ☐ Fatigue : ☐ Insatisfaction : ☐

11) L'organisation du travail dans votre service pendant la nuit est-elle ?

Bonne : ☐ Moyenne : ☐ Mauvaise : ☐

12) Y-a-t'il une communication satisfaisante entre les infirmiers de nuit ?

Oui : ☐ Non : ☐

13) Comment appréciez-vous la collaboration de votre équipe du travail pendant la garde ?

Excellent : ☐ Très bon : ☐ Assez bon : ☐ Médiocre : ☐

14) Que pensez-vous de l'effectif du personnel infirmier qui travaille la nuit ?

Suffisant : ☐ Moyennement suffisant : ☐ Insuffisant : ☐

C) Contraintes physiques et sollicitations psychologiques :

15) Est-ce que le travail de nuit est plus pénible que celui de la journée ?

Oui : ☐ Non : ☐

16) Est-ce que, vous vous sentez démotivé vis-à-vis votre travail ?

Oui : ☐ Non : ☐

* Si oui, quelles sont les causes ?

Motivation financière insuffisante : ☐

Surcharge de travail : ☐

Durée très longue de garde : ☐

autres : ☐

D) Sécurité et hygiène :

17) Durant votre carrière de travail pendant la nuit, est ce que vous êtes victime ou témoin d'une situation de violence de la part d'un malade ou de sa famille ?

Oui : ☐

Non : ☐

*Si oui, quel type ?

Violence verbale : ☐

Violence physique : ☐

E) Qualité de la prestation de soins :

18) Est ce que les conditions du travail ont des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des patients ?

Oui : ☐

Non : ☐

* Si oui lesquelles ?

Séjour prolongé : ☐

Absence de mesures de protection : ☐

Complication de l'état de santé de patient : ☐

29) Etes vous satisfait de la qualité de la prestation de soins que vous dispensez dans les conditions actuelles de travail de nuit ?

Oui : ☐

Non : ☐

Merci de votre participation

Annexe n°2 : questionnaire des patients

*Dans le cadre de l'élaboration de mémoire de fin d'études qui porte sur «**Le travail de nuit des infirmiers : condition et qualité de la prestation de soins** » et dans le but est de décrire les problèmes rencontrés par les patients pendant la nuit et le niveau de satisfaction de ces besoins.*

Je vous pris de bien vouloir me remplir ce questionnaire qui me servira à l'élaboration de mon travail, je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

- *Les réponses sont confidentielles.*
- *Le questionnaire est anonyme.*
- *Veuillez répondre lisiblement et précisément sans ratures.*
- *Cochez à l'aide d'un X dans la case correspondante.*

Questionnaire

1) Vous êtes de sexe :

Masculin : ☐ Féminin : ☐

2) votre âge se situe entre :

moins de 15ans : ☐ 16-25ans : ☐ 26-35ans : ☐ 36-45ans : ☐

Plus de 46ans : ☐

3) Comment a été l'accueil pendant que vous êtes admis à l'hôpital pendant la nuit?

Bon : ☐ Moyen : ☐ Médiocre : ☐

4) Si vous appelez l'infirmier en urgence, la réponse vous parvient en combien de temps ?

5 à 15mn : ☐ 15mn à 30mn : ☐ plus de 30mn : ☐

5) Les soins que vous nécessitez au cours de nuit sont-ils assurés dans le temps prévu ?

Oui : ☐ Non : ☐

- Si non, quelle est la cause ?

Négligence des infirmiers : ☐ Insuffisance des personnels : ☐

Insuffisance du matériel : ☐

6) Que pensez-vous des conditions du travail de l'infirmier la nuit ?

Très bonnes : ☐ Assez bonnes : ☐ Mauvaises : ☐

7) Comment appréciez vous la relation- malade infirmier pendant la garde de nuit ?

Adéquate : ☐ Inadéquate : ☐

- 8) Comment appréciez-vous la qualité de la prestation des soins qu'on vous prodigue pendant la garde de nuit ?

Meilleure que la journée : ☐ La Même : ☐ Insuffisante : ☐

- 9) Remarquez vous que les conditions du travail ont des répercussions néfastes sur votre santé et votre sécurité?

Oui : ☐ Non : ☐

merci

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableaux	Intitulé	Pages
Tableau n°01	Les dimensions de la qualité	19
Tableau °02	La répartition du personnel de l'EPH selon les spécialités	42
Tableau n°03	Répartition des lits d'hospitalisation selon les services dans l'EPH de Kherrata	43
Tableau n°04	Répartition des infirmiers(es) enquêtés selon le sexe	46
Tableau n°05	Répartition des infirmiers(es) selon l'âge	47
Tableau n°06	Répartition du personnel infirmier(e) selon l'état civil	47
Tableau n°07	Le nombre d'année de travail pendant la nuit	48
Tableau n°08	Répartition les réponses selon le choix de travailler la nuit	48
Tableau n°09	Le total des heures travaillé la nuit	49
Tableau n°10	Répartition des réponses sur les postes occupées	49
Tableau n°11	Répartition des réponses sur le repos et la continuité des soins	50
Tableau n°12	Appréciation des conditions de travail pendant la nuit	50
Tableau n°13	Effets des conditions de travail sur les infirmiers	51
Tableau n°14	Repartitions des réponses des infirmiers de nuit sur l'organisation de travail	51
Tableau n°15	Répartition des réponses concernant la communication	52
Tableau n°16	Répartition des réponses sur la collaboration d'équipe de nuit	52
Tableau n°17	Répartition des réponses sur l'effectif de personnel de nuit	53
Tableau n°18	Répartition des réponses sur la pénibilité de travail de nuit	53
Tableau n°19	Répartition des réponses sur la motivation envers le travail de nuit	54
Tableau n°20	Répartition des réponses sur la sécurité	54
Tableau n°21	Répartition des réponses sur le type de violences	55
Tableau n°22	Répartition des réponses sur les effets de CT sur la santé des patients	55
Tableau n°23	Conséquences des conditions de travail de nuit des infirmiers	56
Tableau n°24	Répartition des réponses sur la satisfaction des infirmiers de la qualité de la prestation des soins dispensés dans leur CT	56
Tableau n°25	Relation de sexe avec le choix du travail	57

Tableau n°26	Relation entre durée d'ancienneté dans le travail de nuit et le poste pris	58
Tableau n°27	Influence de l'âge sur le repos	59
Tableau n°28	Relation entre les heures travailler la nuit et le repos	60
Tableau n°29	le niveau d'influence des conditions de travail sur le personnel infirmier	61
Tableau n°30	L'effet de la collaboration de l'équipe de nuit sur la communication	62
Tableau n°31	Condition de travail de nuit des infirmiers et la démotivation	63
Tableau n°32	Influence de l'effectif de personnel infirmier la nuit et le repos	64
Tableau n°33	Répartition des réponses entre les conditions de travail et la violence	65
Tableau n°34	Répartition des patients interrogés selon le sexe	66
Tableau n°35	Répartition des interrogés selon l'âge	66
Tableau n°36	Répartition des réponses de patient sur l'appréciation de l'accueil	67
Tableau n°37	Répartition des réponses sur le délai d'attente en cas d'urgence la nuit	67
Tableau n°38	Répartition des réponses sur le temps prévu pour les soins de nuit	68
Tableau n°39	Point de vu des patients sur les conditions de travail des infirmiers	69
Tableau n°40	Relation malade-infirmier pendant la nuit	69
Tableau n°41	Répartition les repenses des patient sur la qualité de la prestation des soins	70
Tableau n°42	Répartition des réponses des patients sur les effets des conditions du travail sur leur sante et sécurité	71

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

FIGURES	INTUTULE	PAGE
Figure 1	PDCA, roue de Deming	08
Figure 2	Schéma des Bases conceptuelles de la qualité	17
Figure 3	Dimension de la qualité	18
Figure 4	Les effets de travail de nuit sur la santé	28
Figure 5	L'organigramme de l'Etablissement Public Hospitalier de Kherrata	41
Figure 6	Répartition selon le sexe	46
Figure 7	Répartition selon l'âge	47
Figure 8	Répartition selon le choix de travailler la nuit	48
Figure 9	Appréciation des conditions du travail de l'infirmier pendant la nuit	50
Figure 10	Effet des CT de nuit sur les infirmiers	51
Figure 11	Répartition des réponses sur l'effectif de personnel pendant la nuit	53
Figure 12	Répartition des réponses sur la pénibilité de travail de nuit	53
Figure 13	Déférentes causes de démotivation envers le travail de nuit	54
Figure 14	Répartition des réponses sur la sécurité	54
Figure 15	Répartition des réponses selon le type de violences	55
Figure 16	Répartition des réponses sur les effets de CT sur la santé des patients	55
Figure 17	Conséquences des conditions de travail de nuit sur l'état de santé des Patients	56
Figure 18	Répartition des réponses sur la satisfaction des infirmiers(e) de la qualité de la prestation des soins dispensés dans leurs conditions de travail	57
Figure 19	Relation du sexe avec le choix du travail	58
Figure 20	Relation entre durée d'ancienneté dans le travail de nuit et les poste Prises	58
Figure 21	L'âge et le repos	59
Figure 22	Relation entre les heures travailler la nuit et le repos	60
Figure 23	Présentation graphique de l'influence de CT sur le personnel Infirmier	61
Figure 24	la collaboration de l'équipe de nuit et la communication	62
Figure 25	Condition de travail de nuit des infirmiers et la démotivation	63
Figure 26	Influence de l'effectif de personnel infirmier la nuit et le repos	64

Figure 27	Répartition des réponses entre les conditions de travail et la violence	65
Figure 28	Présentation graphique de la population (patient) selon le sexe	66
Figure 29	Appréciation de l'accueil	67
Figure 30	Répartition des réponses sur le délai d'attentes en cas d'urgences la nuit	67
Figure 31	Les causes favorisant le retard des soins de nuit selon les réponses des patients	68
Figure 32	Les conditions de travail selon les patients	69
Figure 33	Relation malade- infirmier pendant la nuit	69
Figure 34	Présentation des réponses sur la qualité de la prestation des soins	70

TABLE DE MATIERE

TABLE DE MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS	III
 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	 1

CHAPITRE I :

PRESENTATION GENERALE DE LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIER

Introduction	4
 I- CADRE CONCEPTUEL DE LA QUALITE.....	 4
1. Bref historique	4
Etapes I : avant l'avenement de l'ère industrielle.....	4
Etape II : apres la revolution industrielle	5
2.Définition de la qualité et de ses concepts	6
2.1.Quelques définitions de la qualité.....	7
3.Concepts fondamentaux de la qualité	7
3.1. L'amélioration de la qualité	8
3.2. Assurance qualité	9
3.3. Audit qualité.....	9
3.4. Démarche qualité	10
3.5. Evaluation de la qualité.....	10
3.6. Qualité totale	10
3.7. Management total de la qualité	10
3.8. Politique qualité	10
3.9. Système qualité	11
3.10.La maitrise de la qualité	11

II- QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS INFIRMIERS.....	11
1.Les sois infirmiers (SI)	11
1.1.Définition des soins infirmiers.....	11
A.Définition de l'infirmier.....	12
B.le role propre de l'infirmier.....	12
1.2.Démarche de soin infirmier.....	14
2.La qualité de la prestation des soins	16
2.1.Définition	16
2.2.Les dimensions de la qualité de la prestation des soins	18
2.3.Comment mesurer la qualité de la prestation des soins	19
3.L'économie et la qualité de la prestation des soins	22
Conclusion	23

CHAPITRE II :

LES CONDITIONS DE TRAVAIS DE NUIT DES INFIRMIERS

Introduction	24
I- PRESENTATION ET DESCRIPTION GENERALE DE TRAVAIL DU NUIT	24
1.Définition et réglementataion	25
2.Les motivations.....	25
3.Les effets de travail de nuit.....	26
3.1.Les effets sur la santé.....	26
3.2.Les perturbation de la vie sociale et familiale	28
4.Le travail d'équipe.....	28
4.1.Définition	29
5.La rémunération.....	30
5.1.Définition	30
5.2.Processus de détermination de la rémunération.....	31
II- LES CONDITIONS DE TRAVAIL	31
1.Définition.....	31

2. Classification des conditions de travail	32
2.1. Le cadre temporel.....	32
2.2. Les contraintes physiques	32
2.3. Les sollicitations psychologiques	33
2.4. Le rapport avec le public.....	33
2.5. Les conditions sociales	34
2.6. Situations particulières et individuelles	34
2.7. L'effet de l'âge	34
3. La perception des infirmiers et les besoins spécifiques des patients la nuit	35
3.1. La perception des infirmiers	35
a). La pénibilité de travail de nuit	35
b). Le manque de reconnaissance	35
c). L'isolement social et professionnel	36
3.2. Les attentes et les besoins spécifiques du patient la nuit	36
a). Un besoin de sécurité	36
b). Un besoin d'écoute et de disponibilité	37
c). La compétence du personnel.....	37
4. Conséquences des conditions de travail de nuit sur la qualité de la prestation des soins..	38
Conclusion	38

CHAPITRE III :

LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES INFIRMIERS DU NUIT ET LA QUALITE DE LA PRESTATION DES SOINS AU MILIEU DE L'EPH DE KHERRATA

Introduction	40
I- STRATEGIE ET METHODE DE L'ENQUETE	40
1. Présentation de l'organisme d'accueil	40
1.1. L'organigramme de l'EPH de Kherrata	41
1.2. Les capacités de l'EPH de Kherrata.....	42
A). Les capacités en ressources humaines	42
B). Les capacités en lits d'hospitalisations	43

2.L'organisation de travail de nuit.....	43
2.1. Cadre réglementaire de la durée de travail en Algerie.....	43
3.Présentation de la méthodologie de recherche.....	44
3.1.Outils de recherche.....	44
3.2.Population à l'étude	45
3.3.Echanttion	45
3.4.Instrument de collecte des données.....	45
3.5.Les problèmes et les difficulté rencontrées	45
3.6.Déroulement de la collecte des données	46

II- PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE 46

1.Présentation et analyses des résultats du questionnaire pour les infirmiers	46
A.Information générale	46
1.Répartition selon le sexe	46
2.Répartition selon l'age	47
3.Répartition selon l'état civil.....	47
4.Répartition selon le nombre d'année de travail pendant la nuit	48
B.L'organisation de travail	48
1.Répartition selon le choix de travailler la nuit	48
2.Total des heures travaillés la nuit	49
3.Répartition les postes occupés	49
4.Repos pendant la nuit et la continuité des soins.....	50
5.Conditions de travail des infirmiers	50
6.Concequences résultantes des conditions de travail de nuit	51
7.Organisation de travail de nuit	51
8.Communication	52
9.Collaboration de l'équipe de nuit.....	52
10.Effectif du personnel infirmier la nuit.....	53
C.Contraintes physiques et sollicitations psychologiques	53
1.Penibilité de travail de nuit	53
2. Démotivation.....	54
D.Sécurité.....	54
1.Sécurité des infirmiers de nuit	54

2.Types de violence.....	55
E.Qualité de la prestation des soins	55
1.Effets des conditions de travail de nuit des infirmiers sur la santé des patients	55
2.Niveau de satisfaction des infirmiers de nuit	56
2.Présentation et analyses des résultats du questionnaire pour les patients.....	66
2.1.Répartition selon le sexe	66
2.2.Répartition selon l'âge	66
2.3.Apréciation de l'accueil	67
2.4.Délai d'attentes	67
2.5.Les soins nécessaires dans le temps prévu	68
2.6.Condition de travail des infirmiers de nuit.....	69
2.7.Relation malade-infirmier	69
2.8.Qualité de la prestation des soins	70
2.9.L'influence des conditions de travail de nuit sur la santé des pateints	71
III- DISCUSSION DES RESULTATS	71
1.Discussion des diveres résultats	71
2.Condition de travail de nuit	73
3.Communication et collaboration.....	73
4.Sécurité	74
5.Qualité de la prestation des soins.....	74
Conclusion	74
CONCLUSION GÉNÉRALE	76
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXE.....	82
LISTE DES TABLEAUX.....	89
LISTE DES FIGURES.....	91
RESUME	

RESUME

Dès son apparition dans le champ de travail, le travail de nuit a pris des dimensions très importante dans le domaine sanitaire du fait de ses conséquences néfastes sur la santé physique et psychique de l'individu. Le travail de nuit est un travail source d'une pénibilité relative aux conditions de travail.

Ces conditions de travail constituent un levier important dans la recherche d'une meilleure productivité. Les économistes ont tendance à orienter leurs études dans l'objectif d'améliorer ces conditions de travail et mettre les travailleurs dans un environnement favorable pour une meilleure mise en œuvre de leur potentiel de productivité, particulièrement dans le secteur sanitaire.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les conditions de travail des infirmiers de nuit, et ses répercussions avec la qualité de la prestation des soins, pour un bon déroulement de notre étude, nous avons menés une enquête auprès d'un établissement de santé, on s'intéressant a tous les aspects des conditions de travail des infirmiers de nuit que ce soit la sécurité, durée longue de garde, fatigue, insatisfaction, complication de l'état de santé des patients,....

Mot clés : Travail de nuit, conditions de travail, infirmier de nuit, qualité de prestation des soins.

SUMMARY

Since its appearance in the field of work, night work has taken very important dimensions in the health sector because of its adverse effects on the physical and mental health of the individual. Night work is a source of job hardship on working conditions. These working conditions are an important tool in the search for greater productivity. Economists tend to focus their studies with the aim to improve the working conditions and put workers in a supportive environment for better implementation of their productive potential, particularly in the health sector.

The objective of this study is to assess the working conditions of nurses at night, and its implications with the quality of care delivery for a smooth running of our study, we conducted a survey of a facility health is interested in all aspects of the working conditions of nurses night whether safety, long guard, fatigue, dissatisfaction complication of health of patients....

Keyword: Night work, working conditions, night nurse, quality of care.