

Faculté de santé publique

Conceptualisation de la charge de travail perçue des infirmiers en soins généraux et facteurs d'influence

Mémoire réalisé par
Laurie Lammens

Promotrice
Margo Tonnelier

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Conceptualisation de la charge de travail perçue des infirmiers en soins généraux et facteurs d'influence

Mémoire réalisé par
Laurie Lammens

Promotrice
Margo Tonnelier

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

En commençant ce master il y a quelques années, je ne mesurais pas pleinement l'ampleur du travail qui m'attendait en reprenant des études. J'ai appris à me dépasser, à m'adapter à de nouvelles méthodes de travail et à persévérer malgré les difficultés.

La réalisation de ce mémoire a été un véritable parcours et je ne serais jamais arrivée au bout sans l'aide et le soutien précieux de nombreuses personnes.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma sincère gratitude à ma promotrice, Madame Margo Tonnelier pour son accompagnement bienveillant tout au long de mon cheminement. Vous avez su me motiver à poursuivre, étape après étape, tout en me laissant maître de l'itinéraire. Grâce à votre patience, vos conseils avisés et vos encouragements, je suis parvenue à produire ce travail, avec à peine quelques semaines de retard.

Je remercie également Madame Wendy Hirbec d'avoir accepté de lire et d'évaluer ce mémoire, ainsi que de présider ce jury.

Je remercie mon frère Geoffrey pour ses critiques constructives à l'égard de mon travail, ainsi que Françoise qui a pris le temps de relire chaque mot rédigé ici, malgré un emploi du temps serré.

À mes proches, merci pour votre soutien, vos encouragements et pour avoir cru en mes capacités à terminer ce parcours : Anne, Ponpon, Caro, Steph, Sophie, Isa, et tous les autres.

Un remerciement particulier à mes parents qui me soutiennent au quotidien et qui ont partagé mes réussites et mes échecs sans jugement, et je sais combien vous êtes fiers de moi.

Enfin, je termine par remercier les hommes qui partagent ma vie. Mes fils qui ont su faire preuve de patience ces dernières années sans (trop) se plaindre, et Olivier, qui m'a permis de me consacrer pleinement à ce master malgré les contraintes du quotidien.

Je dédie ce travail à Théo, mon fils aîné : tu vois mon lapin, j'ai tenu ma promesse !

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
GLOSSAIRE.....	2
I. INTRODUCTION	
1. Problématique et contexte.....	4
2. Population sous tensions : les infirmiers.....	4
3. Objectifs et pertinence.....	5
4. Structure.....	5
II. PARTIE CONCEPTUELLE	
1. La charge de travail.....	6
1.1 Définir la charge de travail.....	6
1.1.1 Charge physique de travail.....	8
1.1.2 Charge mentale de travail.....	8
1.2 Surcharge et sous-charge de travail.....	9
1.3 Charge de travail : un enjeu de santé publique et de performance organisationnelle.....	10
1.3.1 Risques psycho-sociaux et qualité de vie au travail.....	10
1.3.2 Le modèle « Jobs Demands-Resources ».....	12
1.4 Mesurer la charge de travail.....	12
1.4.1 Outils de mesure.....	13
1.5 Ressenti et charge de travail : vers une compréhension de la charge de travail perçue.....	14
1.6 Conclusion.....	15
2. Profession infirmière	
2.1 Enjeux liés à la charge de travail des infirmiers.....	16
2.2 Charge de travail infirmière : complexité d'une profession multitâche.....	17
2.3 Mesurer la charge de travail infirmière.....	21
2.4 La charge de travail perçue : facteurs impactant le ressenti des infirmières.....	22
2.5 Conclusion.....	24

III. MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude.....	25
2. Identification et sélection de l'échantillon.....	25
3. Conception des guides d'entretien	
3.1 Premier guide d'entretien.....	26
3.2 Second guide d'entretien.....	27
4. Déroulement des entretiens semi-dirigés.....	27
5. Méthode d'analyse.....	28

IV. RÉSULTATS

1. Présentation de l'échantillon.....	29
2. Présentation des résultats.....	29
2.1 Pression temporelle.....	31
2.2 Charge mentale et fluidité du travail.....	32
2.3 Reconnaissance et gestion managériale.....	34
2.4 Relations intra/interprofessionnelles.....	36
2.5 Évolution technologique et pratique soignante.....	38
2.6 Travail réel.....	39
2.7 Ressources limitées.....	40
3. Modélisation des facteurs d'influence de la charge de travail perçue : carte mentale.	41

V. DISCUSSION

1. Rappels du contexte.....	44
2. Augmentation des besoins de soins des patients.....	44
3. Le temps : une contrainte omniprésente.....	45
4. Évolution technologique : impact sur les soins.....	46
5. Identité professionnelle : tensions et évolution.....	47
6. Les interruptions : un frein à la continuité des soins.....	48
7. Contraintes entre métiers hospitaliers.....	48
8. Apports du modèle « Jobs Demands-Resources »	49
9. Forces et limites.....	51
10. Perspectives et pistes d'amélioration.....	53

VI.	CONCLUSION.....	55
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	57
VIII.	ANNEXES	
1.	Guide d’entretien utilisé lors de la phase exploratoire.....	62
2.	Diagramme en camembert utilisé lors des entretiens exploratoires.....	64
3.	Guide d’entretien utilisé lors de la phase de consolidation.....	65
4.	Retranscription Entretien n°1.....	66
5.	Retranscription Entretien n°2.....	80
6.	Retranscription Entretien n°3.....	96
7.	Retranscription Entretien n°4.....	112
8.	Retranscription Entretien n°5.....	117
9.	Retranscription Entretien n°6.....	123
10.	Retranscription Entretien n°7.....	129
11.	Modélisation de la charge de travail perçue des infirmiers.....	133

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARCA: Arrêt Cardio-Respiratoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IC : infirmière-chef

IFIC : Institut de Classification de Fonctions

JDR: Job Demands-Resources. Modèle des exigences aux ressources professionnelles

KCE: Kennis Centrum

NASA-TLX: National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (Hart & Staveland, 1988)

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

QEEW: Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work

QVT : Qualité de vie au travail

Ratio P/I : Ratio Patients/Infirmier

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SWAT : Subjective Workload Assessment Technique

TPI : Trajet Patient Informatisé

GLOSSAIRE

*Les termes définis ci-dessous sont identifiés dans le texte par une **

Burnout : ou syndrome d'épuisement professionnel, caractérisé par un épuisement émotionnel physique et psychique, une déshumanisation de la relation interpersonnelle et une diminution de l'accomplissement personnel (Canoui dans Coutanceau et al., 2016)

Case-mix : désigne l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé (sante.gouv.fr, 2017)

Classification IFIC : Le principe est que chaque fonction sectorielle est décrite, au moyen de critères identiques pour toutes les fonctions, et classée dans une catégorie de fonctions sur base du résultat ainsi obtenu (belgiqueenbonnesante.be, 2022).

DI-RHM : Données infirmières du résumé hospitalier minimum. Il s'agit d'un outil d'enregistrement des interventions infirmières au sein des institutions, qui permet une collecte de données pour le financement du personnel, l'allocation du personnel, mesurer la charge de travail, etc. (health.belgium.be, 2017)

Documentation : action de remplir le dossier infirmier des patients qui reprend les soins infirmiers planifiés et dispensés

Échelle de QEEW : Échelle de mesure de l'environnement psychosocial de travail utilisée dans les services de soins de santé. Le questionnaire mesure la pression du travail, la charge émotionnelle, la charge mentale et l'effort physique (van den Oetelaar et al., 2021)

Escarres : « lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses » (anaes.fr, 2001 p.7)

Hôpitaux magnétiques : il s'agit d'un programme de labélisation développé aux États-Unis qui distingue les hôpitaux dits « aimants », reconnus pour allier des résultats sanitaires performants et des conditions de travail jugées favorables par les soignants (Sibé et Alis, 2016, p.133)

Internationalisation du travail : « rendre quelque chose international, faire en sorte qu'il concerne plusieurs nations ou l'ensemble des nations » (Larousse, 2024). Dans le cadre du travail, il s'agit de développer l'activité d'une entreprise en dehors de son marché d'origine (emarketing.fr, *s.d.*)

Karoshi : terme japonais qui signifie « mort par excès de travail ». Il s'agit d'un décès soudain d'employés ou de cadres causés par une surcharge de travail ou de stress

Méthode d'échantillonnage de travail : méthode d'ingénierie de mesure et d'analyse de travail (Maly et al., 2010)

Ratio patients/Infirmier : définit le nombre de patients en charge d'une infirmière

Services médico-techniques : services qui utilisent des appareillages spécialisés dans le secteur hospitalier. Exemples : bloc opératoire, laboratoire, services d'imagerie médicale, etc.

Seuil de saturation : en méthode qualitative, le seuil de saturation est atteint lorsque la réalisation d'entretiens supplémentaires n'apporte plus d'élément nouveau

Stress : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve des difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses. » (Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail, cité dans Saunder, 2016 p.3)

Troubles musculosquelettiques (TMS) : selon le Beswic, Centre de connaissances belge sur le bien-être au travail, « les TMS rassemblent les affections aux structures musculosquelettiques de notre corps (muscles, articulations, tendons, ligaments et nerfs). Ils peuvent toucher les membres supérieurs et inférieurs mais aussi le dos et la nuque. Ils résultent d'une combinaison de facteurs biomécaniques, environnementaux, psychosociaux, organisationnels et personnels » (beswic.be, *s.d.*)

Turnover : caractérise le roulement, la rotation du personnel au sein d'une entreprise (Larousse, 2024). S'applique ici au roulement des patients dans les unités de soins.

I. INTRODUCTION

1. Problématique et contexte

La notion de charge de travail est un concept central dans les milieux professionnels. Elle englobe à la fois des dimensions objectives (Rousseau, 2017), comme les tâches à accomplir, et des dimensions subjectives liées à la perception individuelle (Leduc, 2019). Cette dualité rend sa définition et sa mesure complexes, car ce qui est perçu comme acceptable pour un individu peut sembler insurmontable pour un autre en fonction de facteurs tels que les compétences, l'expérience ou les ressources disponibles.

Dans les organisations modernes où la recherche de productivité est omniprésente, une charge de travail excessive est souvent associée à des conséquences négatives, tant pour les individus (Gernet, 2022) que pour l'organisation (inrs.fr, 2021). Une charge mal équilibrée peut générer du stress*, réduire la satisfaction au travail et, à long terme, affecter les performances des travailleurs. En effet, le stress est une manifestation des Risques Psycho Sociaux (RPS), qui sont les risques physiques et psychiques encourus par les professionnels lorsqu'ils sont exposés à certains facteurs, comme un stress trop important (beswic.be, 2024). Depuis de nombreuses années, la charge de travail intéresse un grand nombre de chercheurs. Certains tentent de la définir, d'autres cherchent à la mesurer afin de définir une charge « optimale », compatible avec le bien-être des travailleurs et un niveau de performance qui répond aux besoins de l'organisation.

Ces considérations soulignent le besoin de mieux comprendre les facteurs qui influencent la charge de travail perçue dans des professions où la santé et la sécurité des individus dépendent de la performance des travailleurs, comme c'est le cas pour les infirmiers.

2. Population sous tensions : les infirmiers

Au sein des systèmes de santé, les infirmiers sont un maillon essentiel pour assurer des soins de qualité aux patients hospitalisés. Actuellement, le contexte hospitalier est marqué par une pénurie d'infirmiers (OMS, 2020) et par des contraintes budgétaires croissantes (Holland et al., 2019).

En Belgique, un infirmier sur quatre est insatisfait de ses conditions de travail (KCE, 2020).

Dans ce contexte, la charge de travail, qui dépasse le simple cumul de tâches, est régulièrement invoquée comme facteur déterminant sur l'intention de quitter la profession (Bahlman-van Ooijen et al., 2023).

Dès lors, il est crucial d'identifier sur quels axes mener les réflexions pour maintenir en poste les infirmiers en activité.

3. Objectifs et pertinence

Ce mémoire propose de conceptualiser les facteurs influençant la charge de travail perçue des infirmiers. L'objectif est de comprendre les dimensions subjectives de cette perception, au-delà des critères classiques et mesurables comme le nombre de patients par infirmiers, ou la « lourdeur » du patient définie par son état de santé et ses besoins de soins. Ce travail espère contribuer à une amélioration des conditions de travail en identifiant les facteurs sur lesquels agir et en visant une meilleure rétention des infirmiers en poste.

4. Structure

Pour répondre à ces objectifs, la partie conceptuelle aborde le concept de charge de travail sans distinction professionnelle. Ensuite nous poursuivons avec la charge du travail infirmier et ses caractéristiques.

Une étude qualitative menée auprès d'infirmiers exerçant en unité d'hospitalisation pour adultes a permis d'identifier des facteurs d'influence. Des entretiens ont été réalisés en deux temps, une première phase exploratoire suivie d'une phase de consolidation des résultats. Les données sont synthétisées sous forme d'une carte mentale et sont ensuite confrontées à la littérature existante. Nous terminons par une série de réflexions sur les différents thèmes émergents dans les résultats et par les perspectives qui s'ouvrent face à cette problématique.

II. PARTIE CONCEPTUELLE

Cette partie théorique débute par une définition large de la charge de travail, sans distinction de secteur d'activité. Les différentes composantes de la charge de travail sont ensuite explorées, incluant les notions de charges physiques et mentales, les concepts de surcharge et de sous-charge, ainsi que les enjeux liés à la charge. La sécurité et le bien-être au travail prennent une place croissante dans les réflexions actuelles, ce qui justifie d'aborder les risques psychosociaux (RPS) et la qualité de vie au travail (QVT). Le modèle « Demandes-Ressources du Travail » est également présenté pour son éclairage intéressant sur les éléments influençant la charge de travail. Enfin, ce travail aborde la mesure de la charge de travail et termine par une description de la charge de travail perçue.

La seconde partie s'intéresse à la charge de travail infirmière, où les exigences professionnelles ont une dimension particulière en raison des conditions physiques, mentales et émotionnelles de la pratique du soin. Tout d'abord, ce travail met en évidence les enjeux propres au métier dans un contexte de pénurie. Ensuite l'analyse porte sur les tâches spécifiques du travail infirmier, la charge infirmière, ainsi que les éléments qui influencent leur charge perçue. La compréhension du métier et les facteurs qui peuvent peser sur la charge est essentielle pour identifier les points sur lesquels agir pour tenter de redonner du souffle à cette profession actuellement en difficulté.

1. La charge de travail

1.1 Définir la charge de travail

Le monde du travail étant en constante évolution, le concept de la charge de travail a évolué au fil des dernières décennies. Le concept n'est pas simple à définir et varie légèrement selon les auteurs.

La psychologie s'intéresse principalement aux implications mentales de la charge de travail en la définissant comme « un niveau de mobilisation du sujet pour accomplir une opération donnée » (Leduc, 2019). Les psychologues s'intéressent surtout à la psychopathologie du travail et aux risques auxquels sont confrontés les travailleurs en cas de surcharge ou en cas de harcèlement (Coron, 2019).

En complément à l'approche psychologique, l'ergonomie envisage la charge de travail dans sa globalité, et tient compte de la tâche elle-même, du contexte dans lequel la tâche est effectuée et du travailleur (Coron, 2019). Le travail est considéré comme une activité et la charge représente les conséquences de la pratique de cette activité pour la personne qui la réalise (Leplat, 1997).

La charge de travail « est une conséquence de ces exigences (du travail) pour l'individu » (Rousseau, 2017 p.75).

L'ergonome de Montmollin définit la charge de travail comme « ce qui pèse sur le travailleur » et qu'il faut veiller à réduire ou à aménager (Leduc, 2009 p.83).

Différents facteurs influencent la charge de travail : la tâche en elle-même, et les exigences nécessaires pour la réaliser, les circonstances dans lesquelles elle est réalisée et l'opérateur lui-même (Schoenenberger et al., 2013).

En ce qui concerne la tâche, il est intéressant de distinguer deux éléments : d'une part, le travail prescrit qui regroupe les tâches à réaliser pour atteindre un objectif donné, avec les contraintes qualitatives et quantitatives imposées au travailleur (Rousseau, 2017). D'autre part, le travail réel où le travailleur va mettre en place des mécanismes d'adaptation pour atteindre cet objectif, il va mobiliser ses ressources personnelles et ce dans le contexte particulier d'une organisation (Coron, 2019).

Il semble pertinent d'associer le concept de charge de travail au coût qu'il représente pour le travailleur, à l'effort que celui-ci doit fournir pour atteindre l'objectif visé (Rousseau, 2017). Dans son modèle, Siegrist décrit deux types d'efforts. Premièrement, les efforts extrinsèques directement liés au type de tâche à accomplir et aux exigences liées à celle-ci, comme une contrainte de temps ou un effort physique à réaliser. Deuxièmement, les efforts intrinsèques liés à la personnalité de l'individu, comme un sens du devoir important ou un besoin de contrôle (Silveri, 2017).

Pour plusieurs ergonomes la charge de travail contient différentes composantes : la charge prescrite où l'on peut distinguer la charge physique et la charge mentale, la charge réelle qui prend en compte le travail « invisible » (Alter, 2023) et les ressources dont dispose le travailleur, et la charge de travail perçue (Cazabat et al., 2008).

Enfin, Alter (2023) ajoute la notion de travail invisible. Il s'agit du travail « en plus », ces tâches chronophages qui s'ajoutent aux tâches prescrites au sein d'une organisation et qui pèsent sur la charge de travail. Il s'agit, par exemple, des réponses dans l'immédiateté à des sollicitations ou à des courriels « urgents » ou encore, régler un problème informatique.

En résumé, la charge de travail est un concept multidimensionnel qui ne se limite pas à une accumulation de tâches. Il est important d'en comprendre ses composantes afin de trouver le bon équilibre pour préserver le bien-être des travailleurs.

1.1.1 Charge physique de travail

Selon Leplat (1997), la charge physique englobe les exigences imposées par l'activité du travail elle-même comme le port de charges lourdes, les postures statiques prolongées ou les déplacements répétés. En physiologie, ces exigences sont distinguées en contraintes, c'est-à-dire les exigences pour réaliser la tâche, et en astreintes qui sont les conséquences pour le travailleur (Leplat, 1997). Pour illustrer cette notion, prenons un travailleur qui déplace des charges lourdes dans un environnement avec une température élevée. La contrainte est la chaleur de son lieu de travail et l'astreinte est la réponse de son corps pour réguler sa température corporelle. Afin de préserver la santé des travailleurs, il est important de définir des limites au niveau des contraintes (Fortin et al., 2005).

Selon Kantowitz, la charge physique est rapportée au coût énergétique, évalué en consommation d'oxygène et de calories (Leplat, 1997).

Ainsi la charge physique fait référence aux contraintes corporelles nécessaires à la réalisation d'une tâche.

1.1.2 Charge mentale de travail

La charge mentale désigne l'ensemble des sollicitations cognitives et émotionnelles auxquelles un travailleur est confronté pour effectuer une tâche. Pour Leplat, elle est liée à l'interaction entre les exigences de la tâche et « les capacités du sujet à répondre à ces exigences » (Leplat, 1997 p. 59). Cette charge fait référence « aux ressources cognitives de l'opérateur » (Lancry, 2009 p.26).

La charge mentale est le résultat des interactions entre le travailleur, les exigences de la tâche et le contexte. Elle comprend une dimension cognitive ainsi qu'une dimension psychique.

La dimension cognitive fait référence aux limites mentales et au niveau d'intellect nécessaire à l'opérateur pour effectuer la tâche, notamment la capacité de traitement d'informations ou les ressources mobilisables par l'individu. On distingue ici la charge mentale cognitive intrinsèque liée au niveau de difficulté de la tâche elle-même, qui serait donc fixe, de la charge mentale extrinsèque caractérisée par l'environnement dans lequel la tâche doit être réalisée, influencée par des facteurs tels que le bruit ou la pression temporelle (Galy et al., 2011). La charge cognitive est le résultat des interactions entre ces charges et est influencée par les interactions

entre l'environnement de travail, l'adaptation du travailleur aux contraintes organisationnelles comme les horaires ou le travail isolé (Silveri, 2017), et les tâches à réaliser (Galy et Gaudin, 2014).

La dimension psychique fait référence à l'implication émotionnelle du travailleur. Cette charge varie selon les émotions ressenties par le travailleur (joie, fatigue, ...) ou par son niveau de motivation (Martin et al., 2013).

La charge mentale dépend d'une part, de l'opérateur lui-même où pour une même tâche elle peut être ressentie différemment (Martin et al., 2013) et d'autre part des exigences de la tâche et du contexte dans lequel elle est réalisée (Mélan et al., 2012).

Pour résumer, la charge mentale est un concept subjectif qui dépend à la fois des exigences de la tâche, du contexte dans lequel elle est effectuée et des ressources propres au travailleur. Elle varie donc d'un individu à l'autre.

1.2 Surcharge et sous-charge de travail

Tout comme le concept de charge de travail, ces deux notions ne sont pas simples à définir.

En psychologie du travail, la surcharge fait référence à un « excès de travail vis-à-vis des capacités du sujet » (Gernet, 2022 p.85). La surcharge est liée à une augmentation des tâches professionnelles souvent combinée à une accumulation d'obligations personnelles (Gernet, 2022). Le concept est bien plus complexe qu'une quantité de tâches à mesurer pour définir une surcharge de travail.

Une surcharge peut entraîner des mécanismes de défense individuels et collectifs. Par exemple, un travailleur peut compenser une augmentation d'activité en réduisant le temps qui devrait être consacré à une tâche ou en sacrifiant une partie de son travail. Un sentiment d'insatisfaction peut apparaître et entraîner de la frustration, de la fatigue et mener à certaines pathologies de surcharge (burnout¹, troubles musculosquelettiques*, Karoshi*, AVC,...) (Gernet, 2022).

À l'inverse, une charge de travail insuffisante peut engendrer un manque d'investissement de l'opérateur et entraîner une baisse de performance (Martin et al., 2013).

En psychologie, la charge est définie en termes de « mobilisation du sujet pour accomplir une opération » (Leduc, 2019, p. 83). Lorsque la mobilisation pour accomplir la tâche est inférieure à ses capacités, on parle alors de sous-charge (Leduc, 2019). Dans certaines situations, comme pour la conduite de nuit ou le gardiennage par exemple, la charge de travail étant faible ou peu

¹ NB : Les termes identifiés par * sont définis dans le glossaire (p. 2)

stimulante, le travailleur doit s'adapter à l'absence de stimuli pour rester alerte et réactif (Leplat, 1997).

Enfin, que ce soit en situation de surcharge ou de sous-charge, les auteurs ont constaté de la fatigue ainsi qu'une baisse de la vigilance chez les travailleurs, pouvant contribuer à une baisse de performance (Mélan, 2012).

1.3 Charge de travail : un enjeu de santé publique et de performance organisationnelle

De nombreux facteurs influencent la charge de travail. Que ce soit en fonction de l'organisation du travail au sein de l'entreprise mais également en fonction du profil du travailleur (Rousseau, 2017). Il s'agit d'un processus dynamique influencé par la personne qui réalise l'action, par la tâche elle-même et par les conditions dans lesquelles elle est réalisée (Leplat, 1997).

L'enjeu principal de la charge de travail est de définir un niveau optimal pour le travailleur et de réduire les risques de surcharge ou de sous-charge afin de garantir leur santé et leur bien-être. Il s'agit d'un enjeu de santé publique. Les pathologies liées au travail entraînent un coût important pour le travailleur, ainsi que pour le système de santé. Les conséquences non négligeables pour l'entreprise peuvent être un absentéisme difficile à compenser, associé à une diminution de la performance (inrs.fr, 2021).

Face à ces enjeux, la législation européenne a fixé des règles de protection pour la santé et la sécurité des travailleurs. Il s'agit, entre autres, de règles de sécurité technique comme limiter les expositions aux substances toxiques, mais également de directives visant le bien-être au travail (Union européenne, 2024).

1.3.1 Risques Psycho-Sociaux (RPS) et Qualité de Vie au Travail (QVT)

De nombreux travaux ont démontré que la charge de travail peut représenter un risque pour la santé du travailleur en générant du stress*, en particulier lorsqu'il ne sait plus faire face aux exigences de sa tâche.

C'est dans ce cadre que la notion de risques psycho-sociaux (RPS) entraînés par l'activité professionnelle est apparue au début des années 2000. « Les RPS englobent les expositions des salariés d'une entreprise à des dangers qui pourraient être à l'origine d'une atteinte et d'une dégradation temporaire ou durable de leur santé psychique et mentale mais aussi une atteinte à leur santé physique » (Acker et Liberi, 2018 pp 1-2). Ces RPS peuvent avoir des conséquences multiples avec des effets sur la santé mentale, mais également sur la santé physique avec, par

exemple, des troubles du sommeil, des troubles musculosquelettiques ou des maladies cardiovasculaires.

Au-delà de l'impact sur les travailleurs, la présence des RPS dans une entreprise peut également causer une augmentation des accidents de travail, de l'absentéisme, des erreurs de fabrication ou de malfaçons, une baisse de productivité et une dégradation du climat social (inrs.fr, 2021). Les risques identifiés sont le stress, le burnout, le harcèlement moral, les conflits, les addictions, les accidents de travail et enfin, le suicide (beswic.be, 2021). L'origine de ces risques se situe à cinq niveaux : l'organisation du travail, son contenu, ses conditions, les conditions de vie au travail et les relations interpersonnelles. En Belgique, depuis le 1er septembre 2014, les entreprises sont légalement responsables de la prévention des RPS, comme des autres risques pouvant porter atteinte à la santé physique et mentale qu'elles doivent évaluer et réduire pour préserver la santé de leurs salariés (emploi.belgique.be, 2022).

Dans les pays industrialisés on identifie l'intensification du travail comme facteur de risque. Malgré l'évolution technologique où la machine remplace l'homme pour des tâches très lourdes, les travailleurs se plaignent d'une détérioration de leurs conditions de travail. Ce sentiment se justifie par différents éléments comme l'internationalisation du travail*, l'augmentation des contraintes, la réduction des effectifs, etc. Il s'accroît avec le développement incessant d'outils digitaux auxquels les travailleurs doivent s'adapter ce qui peut être une source de pénibilité supplémentaire. Progressivement, le travailleur peut développer des mécanismes pour faire face à cette intensification mais ceux-ci pourraient compromettre, à long terme, sa santé physique ou mentale (Acker, 2018).

À l'opposé, la notion de Qualité de vie au Travail (QVT) propose une approche positive de l'amélioration des conditions de travail. Elle considère le travail comme une globalité qui vise le bien-être et qui impacte positivement la performance de l'organisation (Brunault et al., 2012). Développer la QVT d'une entreprise signifie adopter des mesures qui visent le bien-être au travail, la diminution de l'absentéisme, l'amélioration du climat social et la réduction des coûts liés aux RPS (Bonzom et Liberi, 2018). Il s'agit du résultat d'un partenariat entre travailleurs et décideurs.

En Belgique, le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale a mis en place un plan d'action national pour améliorer le bien-être des travailleurs. Différents objectifs sont visés dont un spécifique pour réduire les RPS via, entre autres, une importante campagne de prévention (Dermagne, 2022).

Face à l'impact des RPS et à l'importance de la QVT, il est nécessaire d'évaluer les facteurs de risques ainsi que les ressources disponibles pour les travailleurs. Dans ce cadre, le modèle « Jobs Demands-Resources » semble pertinent, et propose une conception assez large sur l'équilibre entre exigences professionnelles et ressources utiles pour pouvoir y répondre.

1.3.2 Le modèle “Jobs Demands-Resources” (JDR)

Le stress professionnel est étudié depuis de nombreuses années et des chercheurs ont identifié la charge de travail et le pouvoir décisionnel comme des facteurs clés impactant le stress des travailleurs (Haberey-Knuessi, 2011). Des auteurs ont également mis en évidence des ressources qui aident les travailleurs à s'adapter aux exigences de leurs tâches dans des contextes variés.

Ainsi le modèle JDR proposé par Demerouti est intéressant car il est applicable à différents milieux professionnels. Quel que soit l'environnement de travail, il distingue les caractéristiques en deux catégories : les exigences du travail et les ressources. Les exigences englobent les aspects physiques, psychologiques et émotionnels, ainsi que les efforts demandés au travailleur. Par exemple, une pression de travail élevée, un environnement physique difficile ou un rapport à la clientèle émotionnellement intense. Des exigences élevées peuvent devenir des facteurs de stress pour les employés et peuvent mener à l'épuisement professionnel (Bakker et al., 2007).

Les ressources regroupent les aspects physiques, sociaux, organisationnels et psychologiques du travail qui aident le travailleur à atteindre ses objectifs, développer ses compétences et réduire les effets liés aux exigences de la tâche (Bakker et al., 2003). Ces ressources se situent au niveau de l'entreprise, au niveau interpersonnel, au niveau de l'organisation du travail ou de la tâche elle-même. Elles favorisent la motivation, jouent un effet tampon face aux exigences élevées, et contribuent à limiter le stress. Ainsi, le soutien social des collègues, du feed-back constructif des supérieurs, la reconnaissance et le soutien de la direction ainsi que de l'autonomie dans la gestion de ses tâches sont des éléments qui peuvent aider le travailleur à appréhender autrement sa charge de travail, voire sa surcharge de travail (Bakker et al., 2003).

1.4 Mesurer la charge de travail

L'analyse de l'activité du travail remonte à l'entre-deux guerres avec pour objectifs principaux : « d'améliorer la production et diminuer simultanément la fatigue et les accidents » (Darses et de Montmollin, 2012 p. 21). Cette approche visait à améliorer les conditions de travail en s'appuyant sur la recherche scientifique (Darses et de Montmollin, 2012). Depuis lors, la

mesure de la charge de travail n'a cessé de se développer et d'évoluer permettant encore aujourd'hui d'adapter la charge de travail et de limiter les conséquences d'une surcharge (tels que le risque d'erreur ou d'accident, de baisse de productivité, etc.) ou d'une sous-charge, tout en réduisant les risques pour la santé du travailleur (fatigue, stress, anxiété, maladies professionnelles, etc.) (Brangier et Valléry, 2021). L'objectif est de trouver le meilleur équilibre entre performance de l'organisation et satisfaction au travail des collaborateurs, ce qui fait de la mesure de la charge de travail un outil essentiel à la gestion des ressources humaines dans de nombreux milieux professionnels.

Rousseau (2017) remet toutefois en question l'utilisation du terme « mesure » et suggère de parler en terme « d'évaluation » de la charge de travail. Ce concept est plus large et ne se limite pas à la mesure d'un seul indicateur. Il tient compte de l'ensemble des facteurs individuels, organisationnels et contextuels de la tâche, ce qui permet une approche plus juste et plus complète pour pouvoir apprécier le niveau de charge.

1.4.1 Outils de mesure

Mesurer la charge de travail physique peut se faire via le relevé d'indicateurs physiologiques comme le rythme respiratoire, la fréquence cardiaque ou la mesure de pression artérielle, mais le risque de biais est présent par la contrainte que ces relevés représentent en situation de travail. Des indicateurs du travail effectué sont également utilisés comme la durée d'exécution d'une tâche, les distances parcourues, etc (Leduc, 2019). Ces mesures ne sont pas simples à réaliser et les résultats seront très variables en fonction de la personne qui exécute la tâche (Brangier et Valléry, 2021).

La charge mentale semble plus difficile à mesurer, avec des données objectives, que la charge physique. Elle dépend de nombreux facteurs et chaque individu réagit différemment face à une situation, selon son parcours de vie. Des mesures physiologiques peuvent être réalisées via des mesures de potentiels évoqués par exemple, mais elles sont quasi impossibles à réaliser en situation réelle. Certaines mesures physiologiques comme le rythme cardiaque, ne seront pertinentes que si elles sont utilisées pour des tâches qui demandent peu ou pas d'effort physique étant donné leur sensibilité à l'effort physique (Galy et al., 2011). D'autres mesures peuvent aussi être réalisées, comme le niveau de fatigue, mais il est difficile d'établir le lien entre la charge de travail et cette mesure (Brangier et Valléry, 2021).

La première échelle couramment utilisée pour mesurer la charge mentale subjective est l'échelle NASA-TLX (Brangier et Valléry, 2021). Elle est basée sur la mesure subjective par l'opérateur

de six dimensions : l'exigence mentale, l'exigence physique, l'exigence temporelle, la perception de la performance, le niveau d'effort et la frustration. Chaque dimension est notée via un questionnaire, le total est pondéré sur 100. Au plus le score est élevé au plus la charge perçue est considérée comme importante (Cegarra et Morgado, 2009). Cette échelle est très utilisée par les auteurs qui souhaitent mesurer la charge subjective de travail dans le milieu des soins.

La seconde échelle est la SWAT, technique d'évaluation subjective qui analyse trois éléments impactant la charge de travail (Galy et al., 2012) : la charge temporelle ou le temps nécessaire à la tâche, l'effort mental ou intellectuel et le niveau de stress psychologique engendré par la réalisation de la tâche, comme lorsqu'il s'agit d'une tâche à risque ou lorsque l'opérateur craint de ne pas pouvoir la réaliser (Girard, 2007).

Ces outils peuvent être utilisés dans de nombreux contextes professionnels et s'appliquent également aux métiers du soin.

1.5 Ressenti et charge de travail : vers une compréhension de la charge de travail perçue

La charge de travail perçue ou subjective met en perspective les différents éléments identifiés jusqu'ici, en s'intéressant au ressenti du travailleur.

Selon le dictionnaire Larousse (2024), la perception est un : « événement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est présenté dans son activité psychologique interne, en principe de façon consciente ; fonction psychologique qui assure ces perceptions. »²

Appliqué au contexte de la charge de travail, ce concept de perception fait appel à ce que l'individu ressent face à sa charge de travail, physique ou mentale. Son ressenti est influencé par de nombreux facteurs personnels et varie d'un individu à l'autre.

Coron (2019) définit la charge de travail perçue comme le résultat de la confrontation entre deux éléments : la charge prescrite qui est déterminée par l'organisation et les ressources personnelles dont dispose le travailleur pour effectuer son activité. Dans une étude menée auprès des cadres d'une société de distribution, Coron (2019) met en évidence qu'au sein d'un même établissement, les cadres développent des stratégies différentes pour gérer leur charge de

² Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Perception - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 10 avril 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>

travail. Il montre également que leur perception est influencée par des éléments comme les relations professionnelles, le contenu de la tâche et pas uniquement la quantité de travail.

Selon Thierry Rousseau (2017), la charge de travail subjective correspond au « ressenti », à l'évaluation que fait le salarié de sa propre situation. Celle-ci peut varier fortement en fonction des facteurs tels que l'équilibre entre rétribution et contribution, la reconnaissance, le sentiment d'utilité ou de « beauté » du travail ou encore, une perspective professionnelle dans laquelle se projeter.

Le concept de charge de travail perçue met donc l'accent sur la dimension subjective de la charge, influencée par les ressources personnelles et le contexte.

Tout en tenant compte de cette subjectivité, il est important de mesurer la charge de travail afin de trouver un équilibre favorable aux travailleurs ainsi qu'à l'organisation.

1.6 Conclusion

Pour conclure, la charge de travail est une notion complexe et multidimensionnelle, qui occupe une place centrale dans l'analyse des conditions de travail. Il est important de tenir compte des exigences physiques et mentales des tâches pour appréhender ce concept, afin de réduire les risques pour la santé du travailleur. De nombreux travaux ont identifié l'impact d'une charge inadaptée pour les salariés et démontrent l'importance d'un équilibre entre les exigences et les ressources disponibles pour les travailleurs.

2. Profession infirmière

2.1 Enjeux liés à la charge de travail des infirmiers

La profession infirmière représente environ un tiers des professionnels des soins de santé en droit d'exercer en Belgique (Health.Belgium.be, 2022), jouant un rôle indispensable pour assurer des soins de qualité aux personnes.

De nombreuses études se sont intéressées à l'adéquation de la dotation en personnel infirmier pour assurer les soins. Griffiths et al. (2020) ont mis en évidence une association positive entre une quantité de personnel infirmier plus élevée dans les institutions de soins et de meilleurs résultats de santé pour les patients, notamment par une réduction de la durée de séjour, une baisse de la mortalité ainsi qu'une diminution des soins non-réalisés.

Dès lors, une charge de travail excessive pour les infirmiers est associée à des effets négatifs pour les patients, tels qu'une augmentation de la durée de séjour ou une augmentation du risque de chute ou d'infection (Miny et al., 2010). Elle est également associée à des taux de mortalité plus élevés (Myny et al., 2011). D'autres auteurs ont mis en avant qu'une charge perçue élevée est associée à des soins non-réalisés et une augmentation des erreurs infirmières (Yuan et al., 2023). Selon Cremesco et al. (2012, cité par Alghamdi, 2016) la charge de travail des infirmiers aux soins intensifs est un facteur de risque pour le développement d'escarres* chez les patients. Une pression accrue s'installe chez les soignants en raison d'une augmentation des besoins de soins infirmiers de la population, tout comme d'une augmentation du nombre de patients avec un turnover* plus important. Cela se conjugue avec une évolution des systèmes de gestion des hôpitaux axés sur la maîtrise des coûts et sur la réduction des séjours hospitaliers (Holland et al., 2019).

Malgré la nécessité croissante de personnel infirmier, le secteur fait face à une pénurie mondiale (OMS, 2020). En Belgique, celle-ci est plus modérée, mais la profession est en souffrance. Selon un rapport du KCE, « un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10% envisagent de quitter la profession » (Van de Heede et al., 2019 p.3).

Selon une revue systématique récente, les raisons pour lesquelles les infirmiers souhaitent quitter la profession incluent, entre autres, les mauvaises conditions de travail, le stress lié au travail et le décalage entre la formation et la réalité du terrain. Les mauvaises conditions de travail mises en évidence sont, par exemple, la lourde charge de travail, un ratio patients/infirmier* (ratio P/I) trop important ou encore une pression temporelle constante dans les soins aux patients (Bahlman-van Ooijen et al., 2023). Les résultats d'une étude australienne

ont mis en évidence un impact positif de la charge de travail perçue sur l'intention de quitter la profession infirmière (Holland et al., 2019). Ce sont ces mêmes éléments qui expliquent en partie la rotation importante des infirmiers dans les hôpitaux (Miny et al., 2010).

En outre, les infirmiers expriment un sentiment d'insatisfaction au travail lorsqu'ils ne peuvent pas réaliser certains soins, tels que le soutien émotionnel en raison d'une charge de travail excessive (Oetelaar et al., 2021).

Les effets d'une charge de travail élevée sur l'épuisement émotionnel et professionnel sont bien décrits. Une étude belge publiée en 2017 sur le burnout des médecins et infirmiers a mis en avant une relation positive entre charge de travail et épuisement émotionnel (Vandenbroeck et al., 2017), tandis qu'un examen théorique de 2020 a mis en évidence une trentaine d'études établissant un lien entre charge de travail élevée et épuisement professionnel (Dall'Ora et al., 2020).

Ce cercle vicieux, amplifié par la charge de travail croissante liée à l'augmentation de patients, à l'absentéisme et à la pénurie de personnel, augmente le risque d'insatisfaction et d'épuisement pour ceux présents sur le terrain, qui sont dès lors susceptibles d'augmenter l'absentéisme (Yanchus et al., 2017).

Il est question de surcharge si les patients ne peuvent bénéficier de tous les soins nécessaires ou s'il existe un risque pour la santé des infirmiers (Oetelaar et al., 2021).

Compte tenu des nombreuses données présentes dans la littérature, il devient impératif de déployer des stratégies de rétention du personnel infirmier au sein des institutions de soins et d'adapter les ressources disponibles à la charge de travail réelle. Celle-ci doit être mesurée en tenant compte de tous les aspects de la fonction qui influencent la charge de travail, y compris les tâches non directement liées au patient (Miny et al., 2010).

Face à aux enjeux de régulation de la charge de travail et des effets sur la sécurité des patients et sur le personnel, il est primordial d'appréhender les composantes du métier d'infirmier pour comprendre les sources de cette charge et adapter les ressources en conséquence.

2.2 Charge de travail infirmière : complexité d'une profession multitâche

Le travail infirmier comporte une multitude d'aspects et implique des exigences physiques et psychiques importantes (Yuan et al., 2023). En 1966, Henderson définit le rôle de l'infirmier comme étant : « d'aider l'individu, malade ou en bonne santé, à accomplir les activités contribuant à la santé ou à son rétablissement (ou à une mort paisible) qu'il accomplirait seul

s'il avait la force, la volonté ou les connaissances nécessaires »³. Le Conseil International des Infirmiers élargit cette définition : « les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers » (www.icn.ch, *s.d.*).

En Belgique, les soins infirmiers sont définis comme tels⁴:

- Observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- Définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
- Collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
- Informer et conseiller le patient et sa famille ;
- Assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
- Assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil;
- Engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;
- Analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier ;
- Les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire ;
- Les actes pouvant être confiés par un médecin ou par un dentiste

Au-delà des actes directement liés aux soins, les infirmiers sont sollicités pour une série de tâches indirectes qui influencent leur charge de travail. Durant les dernières décennies,

³ Henderson citée dans Alghamdi, 2016

⁴ *Infirmier/ères responsables de soins généraux*. (2016, avril 5). SPF Santé publique.

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers>

différents auteurs ont défini le travail infirmier en distinguant les soins directs, effectués en présence du patient, des soins indirects qui se déroulent en dehors d'un contact avec le patient. Le travail infirmier comporte une part importante de documentation* et de tâches administratives (Ivziku, 2021) qui tendent à augmenter ces dernières années et pèsent sur la charge de travail (Oetelaar et al., 2021). À ces activités s'ajoutent celles spécifiques à l'établissement de soins où l'infirmier exerce, telles que la formation et/ou supervision des nouveaux collègues ou des étudiants infirmiers, la gestion du service, la participation à des réunions ou des formations, etc (Morris et al., 2007).

Morris (2007) propose la figure suivante qui représente les composantes du travail réalisé par les infirmiers. Elle synthétise les différents éléments mentionnés ci-dessus et Alghamdi (2016) s'en inspire pour définir la charge de travail.

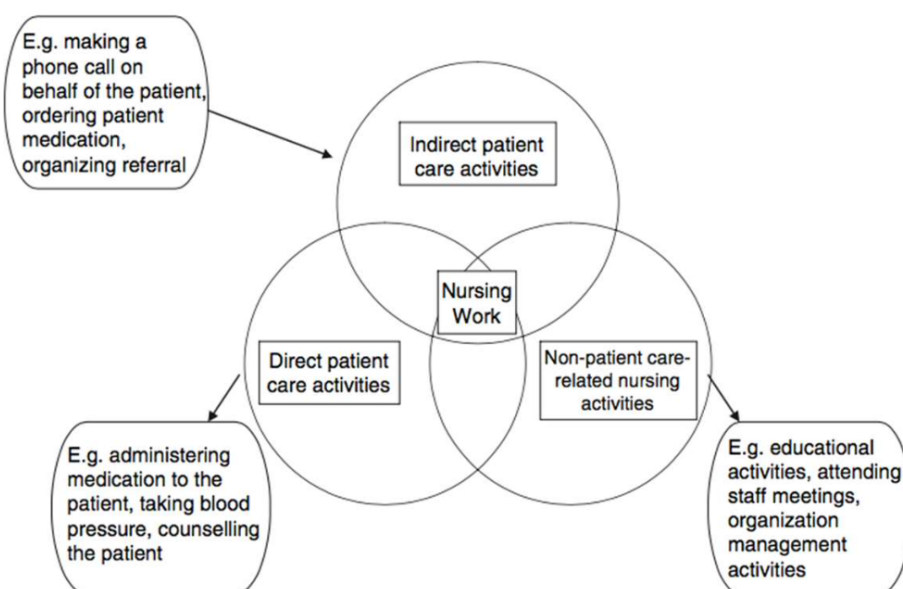


Figure 1 Les composantes du travail infirmier, figure tirée de Morris et al. (2007)

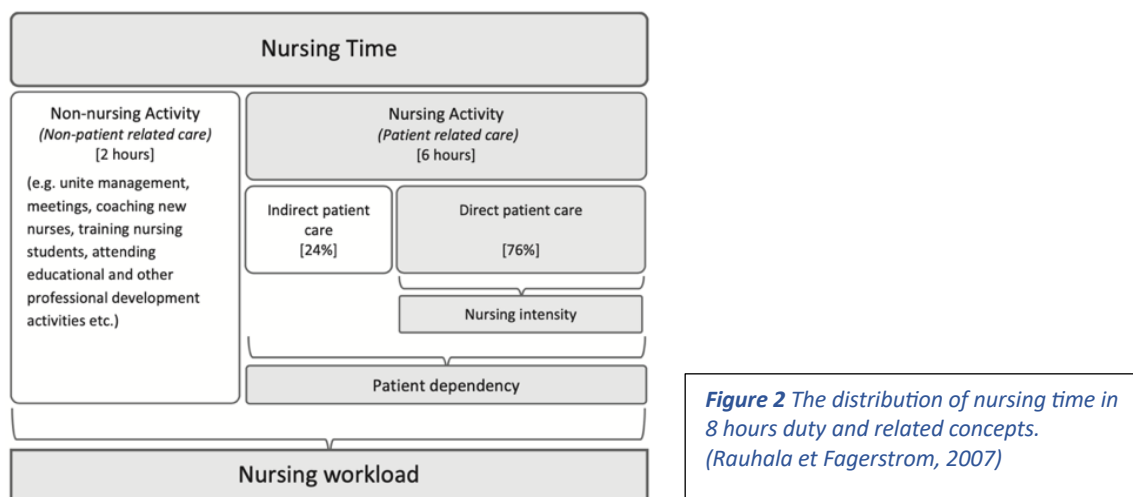
Après avoir décrit les multiples aspects du travail infirmier, il est pertinent de s'intéresser à la question de la charge de travail de la profession, afin de mieux comprendre comment ces éléments influencent la vie professionnelle et la qualité des soins fournis.

Dans sa revue de littérature, Alghamdi (2016) présente différentes définitions de la charge des infirmiers. Entre autres, celle d'Arthur et James (1994) qui la définissent comme « le volume et le niveau de travail des infirmiers » ou celle de la Mersey Regional Health Authority (*s.d.*) :

« La totalité des besoins en temps de soins de tous les travaux qui doivent être effectués sur une période définie ». De manière globale, « la charge de travail infirmier fait référence à la quantité de performance infirmière requise pour effectuer les activités infirmières » (Alghamdi, 2016 p.451).

Alghamdi (2016) propose une définition de la charge de travail infirmière adaptée au contexte actuel comme étant « le temps et les soins qu'une infirmière peut consacrer (directement et indirectement) aux patients, à son lieu de travail et à son développement professionnel » (Alghamdi, 2016 p.455).

La figure ci-dessous, proposée par Rauhala et Fagerstrom (2007), illustre la répartition des différentes activités infirmières au cours de huit heures de travail, en distinguant les tâches directement et indirectement liées aux patients de celles non liées aux patients (Cité dans Alghamdi, 2016). L'ensemble de ces tâches constituent la charge de travail.



La charge de travail infirmière est contextuelle et influencée par de nombreux facteurs. Alghamdi (2016) ajoute à sa définition cinq caractéristiques qui permettent d'approfondir la compréhension du concept : le temps que les infirmiers consacrent à la réalisation des soins, les compétences que les infirmiers doivent avoir pour répondre aux besoins des patients, le poids de l'intensité des soins infirmiers qui correspond aux soins directement liés au patient, l'ensemble des efforts physiques, cognitifs et émotionnels nécessaires à la réalisation des soins et enfin la gestion des événements imprévus que ce soit au niveau du patient, comme un examen non programmé ou une urgence (Ivziku, 2021), ou de l'organisation, comme la gestion des appels téléphoniques.

Certaines études ont mis en avant que les infirmiers consacrent moins de 50% de leur temps de travail à prendre soin directement de leurs patients et que le reste est consacré à, entre autres, de la documentation, du réapprovisionnement, de la communication, etc. (Ivziku, 2021).

La charge des infirmières se révèle être un concept multifactoriel qui associe des soins directs, indirects ainsi que des tâches organisationnelles ou de gestion. Cet ensemble de tâches souligne la complexité et l'intensité du travail infirmier. Dans ce contexte, il est nécessaire de s'intéresser à la mesure de la charge de travail comme outil d'ajustement et de distribution des ressources disponibles.

2.3 Mesurer la charge de travail infirmière

La mesure de la charge de travail est utile pour définir les besoins en personnel infirmier et garantir des soins de qualité aux patients. Cependant, le travail infirmier étant vaste et parfois invisible, il est difficile de mesurer chaque activité infirmière. Griffiths et al. (2020) ont identifiés diverses approches utilisées dans les outils de mesure :

- L'expertise professionnelle, où le jugement d'experts est mobilisé pour définir les besoins en personnel
- Le volume de patients par des ratios P/I
- Un niveau de dépendance ou une typologie de patient, où les besoins de soins sont variables d'un patient à l'autre et le personnel est ajusté selon ces besoins
- Des tâches chronométrées, où chaque tâche est associée à une durée, et un plan de soins individuel répertorie les tâches à effectuer.

Certains outils combinent plusieurs méthodes, par exemple, le jugement d'un expert va définir la dotation infirmière d'une unité avec un ratio P/I à atteindre. Pour les outils utilisant les tâches chronométrées, certains auteurs estiment qu'ils manquent de fiabilité en raison de la variabilité de temps mesurés pour une même tâche, dès lors ils perdent en cohérence quand il faut définir la dotation en personnel (Griffiths et al., 2020).

À ce jour, il n'existe pas d'outil de mesure reconnu comme étant plus efficace qu'un autre. Les preuves de leur fiabilité demeurent limitées (Griffiths et al., 2020). Alghamdi (2016) souligne également que ces outils sont insuffisants et incomplets car ils ne représentent qu'une partie des activités infirmières et négligent le travail non lié aux soins.

La mesure de la charge de travail reste un défi, malgré la création de nouveaux outils qui tentent de prendre en considération tous les aspects du métier. Ainsi, au-delà des aspects objectifs, il

faudrait aussi prendre en considération la charge de travail perçue des infirmiers et les facteurs qui peuvent l'influencer.

2.4 La charge de travail perçue : facteurs impactant le ressenti des infirmiers

Comme vu précédemment, la charge de travail perçue est contextuelle et subjective. Elle varie selon les individus et leurs ressources. Nous connaissons les multiples facteurs qui constituent la charge de travail, mais ceux qui influencent le ressenti des infirmiers face à leur charge sont également nombreux.

Les éléments mesurables impactant la charge de travail, tels que le ratio P/I, le case mix* de patients, la lourdeur et la complexité des soins, associés au travail plus invisible décrit plus haut, influencent la perception que les infirmiers ont de leur charge.

Différents auteurs soutiennent que la charge de travail perçue a un impact sur le bien-être des infirmiers, sujet qui fait l'objet d'une attention accrue ces dernières années (Holland et al., 2019). Une charge ressentie comme trop lourde peut mener jusqu'à l'épuisement professionnel (Yuan et al., 2023).

Cependant, cette perception subjective de la charge de travail est influencée par des éléments organisationnels et individuels. La recherche d'Ivziku et al. (2021) a montré que différents facteurs sont associés à la charge de travail perçue des infirmiers tels que :

- La lourdeur du patient et l'adéquation de la dotation en personnel
- Le flux de travail
- Les patients en isolement
- La documentation
- Les activités non programmées
- La spécialité des patients, mais cette variable disparaît quand l'expérience de l'infirmier est ajoutée comme covariable.

Une étude réalisée aux Pays-Bas a mis en évidence que la charge de travail objective des infirmiers (soins directs, indirects et autres activités non liées aux patients) mesurée par estimation de temps, avec la méthode d'échantillonnage du travail* (Myny et al., 2010) est corrélée positivement avec leur charge de travail perçue, mesurée en fin de service via un questionnaire réduit de l'échelle de QEEW* (van den Oetelaar et al., 2021).

La revue de littérature de Myny et al. (2010) a identifié des facteurs qui influencent la charge de travail des infirmières. Ceux-ci sont classés de deux façons : la première classification en

quatre niveaux (classification utilisée par Mark et al., 2002) distingue les facteurs organisationnels :

- La gestion des horaires
- L'ambiance au sein de l'équipe
- Les caractéristiques individuelles (comme une organisation efficace dans son travail)
- Le comportement du patient et sa dynamique familiale.

La seconde classification identifie trois groupes :

- Un groupe « infirmière-patient » qui reprend tous les facteurs qui concernent le(s) patient(s), l'(es) infirmier(s) et la relation entre eux, avec des variables comme le ratio P/I, la durée de séjour, le niveau et le mélange de compétences des infirmiers et la complexité des soins.
- Un groupe sur « la fluidité du travail » qui reprend les différents facteurs qui interrompent les activités des infirmières et ont comme conséquence des tâches commencées qui ne sont pas toujours terminées. Il s'agit des questions de la famille, des appels, d'une interruption liée au besoin de transport d'un patient, etc. On retrouve également des éléments structurels, comme la standardisation du matériel ou l'architecture d'un service où des lieux de travail désorganisés (ou des équipements vétustes) augmentent la charge perçue (Yuan et al., 2023). Tous ces éléments impactent significativement le flux du travail et la perception de la charge de travail.
- Un groupe « Perception de l'infirmière ». Celui-ci fait référence au ressenti de l'infirmier face à sa charge de travail et face à la dotation en personnel présent. Ce ressenti est impacté par l'incertitude, comme lorsqu'un patient est instable, ou lors d'un manque d'informations concernant un nouveau patient.

Cette classification montre combien les éléments organisationnels et humains sont importants et peuvent impacter la charge de travail perçue au quotidien.

Des auteurs se sont intéressés aux éléments qui peuvent atténuer le ressenti de la charge de travail des infirmiers. Si l'on se réfère au modèle JDR, Haberey-Knuessi (2011) propose aux institutions d'intervenir au niveau des ressources en favorisant la dynamique d'équipe, la participation à la prise de décision, l'autonomie ou encore la reconnaissance du travail par les supérieurs. D'autres auteurs mettent en avant comme facteurs aidants, le soutien des collègues (van den Oetelaar et al., 2021) ou le soutien organisationnel où l'institution déploie des moyens pour privilégier la qualité de vie et le bien-être au travail (Holland & al., 2019).

L'étude de Yanchus et al. (2017) a mis en évidence l'importance du travail d'équipe face à une charge de travail perçue comme élevée. S'il existe une dynamique d'équipe solide au sein d'un service, celle-ci peut compenser en partie la lourdeur de la charge perçue par les infirmiers.

Pour illustrer ce point, prenons comme exemple les hôpitaux magnétiques* qui déploient des actions de fidélisation de leur personnel en mettant l'accent sur l'autonomie, la communication, la bonne collaboration entre les métiers et la valorisation professionnelle (Haberey-Knuessi, 2011).

En résumé, la charge de travail perçue des infirmiers est à prendre en considération dans la promotion du bien-être au travail. Elle est multifactorielle et nécessite du soutien humain et organisationnel pour limiter les effets d'une charge perçue comme excessive.

2.5 Conclusion

La profession infirmière occupe une place centrale au cœur du système de soins avec un rôle crucial pour la qualité des soins fournis aux patients. Cependant, leur charge de travail augmente et le contexte de pénurie rend difficile la gestion des ressources. Ces conditions impactent le bien-être au travail et certains soignants envisagent de quitter la profession. Pour contrer ces problèmes il est important de comprendre les multiples facettes du métier et les facteurs qui influencent la charge de travail perçue des infirmières.

III. MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, une première idée consistait à diffuser un questionnaire à un large échantillon d'infirmiers, sans distinction particulière d'activité. Cependant, un questionnaire à réponses fermées aurait manqué de profondeur pour saisir toutes les spécificités du métier d'infirmier et pour comprendre pleinement les éléments influençant la charge de travail.

La méthode qualitative, via des entretiens semi-dirigés, a donc été privilégiée car elle permet d'explorer le vécu des infirmiers et de faire ressortir leur perception et ressenti face à leur charge de travail. Ils permettent d'investiguer de façon plus approfondie la thématique et d'aller au-delà des questions prévues du guide d'entretien. Cette approche rend possible une analyse plus approfondie de la thématique offrant des données plus riches et plus nuancées. Elle favorise également la clarification de certains aspects ou l'exploration d'éléments nouveaux au cours de l'échange (Hesbeen et D'hoore, 2016). L'entretien est une méthode de collecte de données qui consiste en une rencontre entre le chercheur et la personne interviewée, sélectionnée en tant qu'expert dans son domaine (Hesbeen et D'hoore, 2016). Il consiste à poser des questions ouvertes au répondant et de poursuivre l'exploration d'un thème, sous la forme d'une discussion, sur base d'un guide d'entretien.

L'étude se déroule en deux phases : une phase exploratoire permettant d'identifier les éléments influençant la perception que font les infirmiers de leur charge de travail et une phase de consolidation permettant de valider les résultats obtenus lors de la phase exploratoire. En effet, pour assurer la fiabilité de l'analyse, des entretiens complémentaires sont réalisés. Ceux-ci sont traités de la même façon que les précédents, et analysés selon la même grille (voir méthode d'analyse p.28).

2. Identification et sélection de l'échantillon

Pour ce travail, des infirmiers bacheliers responsables en soins généraux ont été interrogés afin de fournir des informations sur leur charge de travail.

Le critère d'inclusion est de travailler dans un hôpital, au sein d'un service non spécifique (comme les soins intensifs par exemple) pour adultes, que ce soit une unité de médecine ou de chirurgie. Il n'y a pas de critère d'expérience ou d'ancienneté au sein du service. Le but est de comparer les données de répondants ayant globalement le même type d'activités professionnelles.

Le critère d'exclusion est de travailler dans les services médico-techniques*, ainsi que dans les services de pédiatrie. Les premiers sont des milieux très spécifiques et les données risquaient d'être trop éloignées des services de soins plus classiques. Les seconds impliquent une approche particulière de la famille qui n'est pas explorée dans le cadre de ce travail.

Les infirmiers intérimaires sont également exclus étant donné que l'impact du travail d'équipe sur la charge de travail est exploré.

Via le « bouche à oreille », 6 personnes correspondant aux critères ont été identifiées et ont été contactées. Compte tenu de leurs contraintes organisationnelles et de leur possibilité à consacrer du temps à ce travail, l'échantillon final est composé de 3 témoins privilégiés pour la phase exploratoire. L'échantillon final pour la phase de consolidation des réponses est composé de 4 témoins privilégiés.

Les infirmiers répondants travaillent dans des unités de soins de chirurgie ou de médecine au sein du même hôpital.

3. Conception des guides d'entretien

3.1 Premier guide d'entretien (annexe 1 p.62)

La conception du guide d'entretien s'est basée sur la partie conceptuelle qui traite du travail infirmier.

Il est composé de 5 questions principales et chacune compte une ou plusieurs sous-questions afin de garantir une exploration approfondie des thèmes abordés. Le guide débute par le parcours professionnel du répondant, suivi d'une question sur les tâches réalisées au cours d'une journée de travail dans le but d'explorer un maximum d'activités réalisées par les infirmiers et de prendre de la distance par rapport au concept de charge de travail abordé ensuite.

Dans un second temps, il est demandé aux répondants de découper leur travail par type d'activités. Il leur est ensuite demandé d'estimer, en pourcentage, la part que représente chaque type d'activités. Pour les aider à répondre, ils ont reçu un diagramme circulaire, ou « camembert », divisé en 10 parts égales (annexe 2 p.64). Ils ont pu mener leur réflexion avec

un support visuel afin de favoriser la concentration sur la question et de pouvoir y apporter des modifications en cours de réalisation. Le diagramme est présenté comme étant 100% des activités infirmières et chaque part représente 10%. Le répondant attribue une certaine part du diagramme à chaque type d'activité identifié, avec comme consigne de colorer ou utiliser toute autre méthode qui leur permet de faire cette répartition.

Les questions suivantes portent sur le ressenti des répondants face à leur charge de travail et ont pour but d'identifier les facteurs d'influence. Une question aborde les ressources présentes ou nécessaires pour faire face à leur charge de travail.

Enfin, une question de clôture permet d'éventuellement revenir sur un point abordé ou d'apporter un élément nouveau.

3.2 Second guide d'entretien (annexe 3 p.65)

Afin de consolider les résultats dégagés des entretiens exploratoires, une seconde série d'entretiens est réalisée avec un guide d'entretien plus court, directement orienté sur les facteurs influençant la charge de travail. Tout d'abord le répondant est invité à présenter brièvement son parcours comme lors de la phase exploratoire. Ensuite 3 questions traitent de la charge de travail perçue et des éléments qui l'influencent. Une dernière question porte spécifiquement sur les ressources dont dispose le répondant pour atténuer le ressenti de sa charge. Enfin, tout comme dans le premier guide, une question de clôture permet de revenir sur un élément ou d'aborder un point non-exploré.

4. Déroulement des entretiens semi-dirigés

Dans un premier temps, 3 entretiens exploratoires sont réalisés. La durée estimée d'un entretien est de 45-60 minutes. Ils se sont déroulés chez le répondant ou au sein de l'institution, mais isolés dans un local de réunion afin de faciliter la mise en place d'un climat de confiance. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des répondants.

Les données récoltées grâce à leur expérience et leur expertise sont retranscrites anonymement. Une première série de résultats est mise en évidence et analysée. Ensuite, pour consolider la validité des éléments identifiés, une série d'entretiens semi-dirigés complémentaires est réalisée, avec le second guide d'entretien comme support. La durée de l'entretien est estimée à 20 minutes environ. Les répondants ont été informés du thème à l'avance afin de pouvoir y réfléchir, vu que les quelques questions abordent directement la thématique de ce travail. Ils se

sont déroulés au sein du service des répondants dans un local à part, ou par téléphone. Pour un entretien, le participant était obligé de rester joignable par téléphone. Nous avons été interrompus à deux reprises. Les entretiens ont également été enregistrés avec l'accord préalable des participants. Ensuite, ils ont tous été retranscrits et anonymisés (Annexes 4 à 10, pp. 66-132).

5. Méthode d'analyse

L'objectif de ce travail est de réaliser une conceptualisation de la charge de travail des infirmiers en identifiant les facteurs d'influence. Pour y parvenir, les retranscriptions des entretiens ont été analysées et codifiées, c'est-à-dire qu'elles sont découpées en codes (Intissar et Rabeb, 2015 ; Tawse et Demou, 2022) ou rubriques. 20 rubriques ont été identifiées à la suite des premiers entretiens. Ensuite, en associant entre-elles les rubriques qui font référence à la même thématique, 7 concepts émergent. Cette étape est la catégorisation (Intissar et Rabeb, 2015). Une rubrique supplémentaire est ajoutée après la seconde série d'entretiens.

Ensuite une méthode de pondération est utilisée pour estimer la force de chaque thème (Intissar et Rabeb, 2015). À chaque fois qu'un code est évoqué dans un entretien il est comptabilisé une fois. Les scores obtenus vont de 3 à 47. Sur base de ce décompte, un poids est attribué par addition à chaque catégorie ou thème, les scores allant de 29 à 65. Les thèmes étant connectés entre eux, ils sont tous conservés afin de réaliser une conceptualisation la plus complète possible.

Pour synthétiser et présenter les résultats, ce travail propose la création d'une carte mentale, qui offre une vision complète d'une situation. Elle permet de rassembler les idées et de les présenter de façon visuelle et graphique (Mongin et Vilatte, 2018). Elle peut mettre en évidence les interactions et les liens existants entre les concepts (Mongin et Vilatte, 2018). Pour concrétiser cette carte mentale, chaque thème est illustré par un rectangle, sa taille dépendant de sa pondération. Pour chaque thème, le(s) facteur(s) prépondérant(s) sont illustrés sur la carte par des cercles, leur taille dépend également de leur score. La réalisation s'est faite via la plateforme Canva©. Le contenu de la carte mentale est détaillé lors de la présentation des résultats.

IV. RÉSULTATS

1. *Présentation de l'échantillon*

Tableau 1. Présentation des entretiens et des répondants

Participants (P)		Genre	Expérience professionnelle	Expérience au sein du service	Temps de travail	Durée de l'entretien
Phase	N°					
Exploratoire	P1	F	30 ans	13 + 3 (Interruption de 4ans)	80%	58 min
Exploratoire	P2	F	8 ans	5 ans	100%	61 min
Exploratoire	P3	F	11 ans	11 ans	80%	54 min
Consolidation	P4	M	16 ans	14 ans	50%	18 min
Consolidation	P5	F	26 ans	3 ans	100%	20 min
Consolidation	P6	F	11 ans	11 ans	100%	21 min
Consolidation	P7	F	18 ans	3 ans	50%	10 min

Pour la phase exploratoire, la durée moyenne d'un entretien est de 57min 40sec. Il s'agit d'entretiens effectués auprès d'infirmiers professionnels, considérés comme des experts dans le cadre de cette recherche. Les résultats obtenus grâce à ces premiers entretiens ont permis de mieux cibler les questions à poser aux répondants suivants. Pour la phase de consolidation, la durée moyenne d'un entretien est de 17 min 15 sec. Ils ont également été menés auprès d'experts de terrain. Ces entretiens ont permis de renforcer et de compléter les premiers éléments obtenus lors de la première analyse.

Le paragraphe suivant présente les données détaillées et analysées.

2. *Présentation des résultats*

Les entretiens réalisés ont été retranscrits afin d'être analysés. Lors de la première étape, les textes ont été découpés en rubriques. Celles-ci sont présentées dans le tableau suivant avec la fréquence à laquelle elles sont évoquées dans l'ensemble des entretiens.

Tableau 2. Rubriques issues de l'analyse des entretiens et fréquence d'apparition

N°	NOM DE RUBRIQUE	FREQUENCE
1	Notion du temps	47
2	Interruptions/grains de sable/freins	38
3	Management/Organisation du travail/Hiérarchie	27
4	Anamnèse patient/Collecte des données	3
5	Relations avec le médical	13
6	Délégation vers aides-soignants et/ou infirmiers intérimaires	20
7	Pharmacie VS robotisation	8
8	Aspect psychologique/ Gestion émotionnelle patient + famille	9
9	Dossier patient informatisé	18
10	Multiplicité des tâches/Logistique/Infirmière qui pallie les manques	26
11	Gestion téléphonique	11
12	Gestion des étudiants infirmiers	5
13	Aspect procédurier	4
14	Soutien et aide des collègues	15
15	Relations interprofessionnelles	12
16	Patients (Nombre et lourdeur)	28
17	Manque de personnel/Absentéisme	23
18	Notion de reconnaissance	13
19	Notion de rôle central de l'infirmier	7
20	Disponibilité du matériel	8
21	Valorisation IFIC	3

Afin de rendre la description des résultats plus synthétique, certaines rubriques ont été regroupées en thèmes selon la compréhension du chercheur. Les rubriques groupées entre-elles traitent de sujets similaires ou présentent des caractéristiques semblables. Des concepts sont alors identifiés et vont servir de support à la réalisation de la carte mentale (voir p. 42).

Les thèmes identifiés, présentés dans le tableau 3, sont au nombre de 7 et sont détaillés ci-après.

Tableau 3. Présentation des thèmes, de leur(s) rubrique(s) et de leur score respectif

THÈME	Pression temporelle	Charge mentale et interruptions	Reconnaissance et gestion managériale	Relations inter et intra professionnelles	Évolution technologique et pratique soignante	Travail réel	Ressources limitées
RUBRIQUES	Notion du temps	Anticipation et gestion de l'imprévu/grains de sable/freins	Organisation/ Management/ Hiérarchie/ Infirmière-chef	Rapports avec le médical	Robotisation de la pharmacie	Multiplicité des tâches/Logistique/ Infirmière qui pallie les manques	Disponibilité du matériel
		Gestion téléphonique	Aspect procédurier de l'hôpital	Relations interprofessionnelles	Digitalisation du dossier patient	Patients (Nombre et lourdeur)	Manque de personnel/ Absentéisme
		Gestion émotionnelle et psychologique des patients + familles	Notion de reconnaissance	Soutien et aide équipe/collègues	Anamnèse patients/ Collecte des données	Gestion des étudiants infirmiers	Déléguer vers AS/ Infirmiers intérimaires
		Rôle central de l'infirmier	Valorisation IFIC				
SCORE	47	65	47	40	29	59	51

2.1 Pression temporelle

Ce premier thème traite de la pression liée au temps associée aux tâches à réaliser dans un certain délai. Le rapport au temps est prédominant et tous les répondants le mentionnent à plusieurs reprises. Cette pression temporelle semble générer un sentiment de surcharge de travail. En effet, de nombreux participants évoquent un manque de temps pour effectuer l'ensemble des soins à réaliser. Nous savons qu'en réponse à un manque de temps pour exercer leurs tâches, les infirmiers peuvent sacrifier une partie de leur travail, comme l'illustre cet extrait⁵ :

⁵ NB : les extraits sont identifiés *en italique* dans les retranscriptions (annexes 4 à 10 pp. 66-132)

Extrait 1 : P2 : « *Je vois qu'ils (les patients ndlr) vont moins bien, je leur demande si ça va, que s'ils ont besoin de moi, je suis là. Mais honnêtement, je sais pas si j'aurai une demi-heure à leur consacrer, ... Avant, je pouvais prendre une demi-heure avec un patient qui allait pas bien et discuter avec lui. Maintenant c'est plus possible* » (entretien 2, p.87)

Il s'agit alors de soins non-réalisés qui peuvent diminuer la qualité des soins et augmenter l'insatisfaction au travail.

Le rapport au temps est subjectif et difficilement quantifiable. Au niveau individuel, ce que l'un considère comme « prendre du temps » peut varier grandement d'une personne à l'autre. Pour certains, prendre du temps pour une tâche signifie quelques minutes de plus, alors que d'autres estiment avoir pris le temps lorsqu'ils y consacrent une heure.

Extrait 2 : P3 : « *quand je vois que quelqu'un nécessite du temps, comme j'ai dit une première chimio, un premier traitement, où j'essaie vraiment de prendre le temps, dans la mesure du possible. Mais tu es un peu obligé d'être une machine. T'as pas le choix, en fait.* » (entretien 3, pp.109-110)

La pression temporelle ne se limite pas au temps consacré aux soins ; elle dépend également du type d'activité. « Prendre du temps » pour un patient n'a probablement pas la même signification que « prendre du temps » pour répondre au téléphone ou pour régler un problème d'appareillage.

Le rapport au temps et la pression ressentie par les infirmiers sont associés aux autres thèmes présentés dans l'analyse. Pour chacun d'eux, l'aspect temporel est mis en avant. Au-delà du temps que nécessitent certains soins, comme un pansement complexe par exemple, le temps « perdu » pour obtenir les bonnes informations auprès d'autres intervenants, le bon matériel ou le temps pris par chaque interruption semble être déterminant sur le ressenti de la charge de travail.

2.2 Charge mentale et fluidité du travail

Sur ce thème, les rubriques en lien avec la charge mentale ont été regroupées. Tout d'abord nous abordons les éléments qui entravent la fluidité du travail et qui impactent la charge cognitive. Ensuite nous abordons ceux qui impactent la charge émotionnelle.

La majorité des participants ont souligné l'importance des « grains de sable » ou des « freins » qui perturbent la continuité du travail. Pour eux ces interruptions sont nombreuses et sont un élément déterminant de la perception de leur charge de travail. Ils ont le sentiment d'être

constamment interrompus ou de devoir s'arrêter pour régler d'autres choses. Ils doivent interrompre une tâche, ce qui peut altérer leur concentration, et y revenir par la suite en espérant ne rien oublier.

Extrait 3 : « *Tu peux avoir 16 patients et c'est une journée de merde, comme tu peux en avoir 35 et que ça roule et que tu vas beaucoup travailler mais là ça se passe bien. Dans ta tête ça se passe bien parce que ça roule, y a pas de grains de sable. Voilà. C'est les grains de sable qui sont lourds en fait* » (entretien 1, p. 76)

Extrait 4 : « *Si j'ai 40 fois le médecin qui vient, on change les prescriptions, ou me dit qu'en fait bah voilà il y aura une urgence qui va arriver, c'est un transfert, il faut poser une sonde nasogastrique, ... Enfin voilà, je pense que tout peut jouer sur la charge de travail et on est obligé de s'adapter quoi. C'est dans le fond, pour moi, c'est au niveau des aléas de la journée* » (entretien 2, p. 89)

Extrait 5 : « *On est dans de l'humain, où tu as constamment des petites choses qui vont perturber ton quotidien. ... L'interruption, tout le temps, des tâches. Ça c'est quelque chose de terrible !* » (entretien 3, p.106)

La gestion téléphonique est probablement une bonne illustration de l'interruption dans le travail. Comme nous l'avons vu dans la littérature, le flux du travail est un facteur influençant la charge de travail perçue. Les répondants expriment une difficulté lorsqu'ils sont concentrés sur une tâche, qu'ils doivent l'interrompre pour répondre au téléphone, et devoir y revenir plus tard. Certains soins nécessitent une vigilance accrue en cas de transfusion ou de dilutions de médicaments et l'interruption augmente leur risque d'erreur et génère une charge supplémentaire.

Extrait 6 : Chercheur, qui évoque la charge de travail perçue : « *ça peut être influencé par quoi ? P2 : « Par le téléphone qui sonne toutes les 5 min* » (entretien 2, p.89)

Extrait 7 : « *on n'a pas des soins continus, on n'est pas concentré avec ce qu'on fait, voilà. Le téléphone n'arrête pas de sonner* » (entretien 4, p.113)

Outre la charge cognitive induite par les interruptions et la nécessité de s'adapter, certains participants évoquent une charge émotionnelle importante liée à la gestion psychologique du patient et/ou de la famille, comme l'illustrent ces extraits :

Extrait 8 : « *Il y a tout le côté relationnel et de la psychologie de la personne ... où t'as toute la gestion des émotions, qui est quand même importante ... C'est quand même pas toujours évident*

... *Ça peut prendre du temps hein, donc la gestion des accompagnants aussi.* » (entretien 1, p.69)

Extrait 9 : « *Le suivi des familles, ça c'est vraiment aussi quelque chose, qui ne se quantifie pas du tout* » (entretien 3, p.98).

Le soutien psychologique du patient et de sa famille fait partie des compétences infirmières. Les professionnels consultés évoquent une pression temporelle associée à l'aspect psychologique des soins, où la quantité de tâches à réaliser est une contrainte trop importante que pour dégager du temps pour une écoute de qualité.

Extrait 10 : « *L'aspect psychologique, c'est triste à dire mais il viendra en dernier. Parce qu'en fait tu es tellement dans l'action, que tu peux plus mettre beaucoup d'énergie là-dedans.* » (entretien 3, p.109)

Certains répondants expriment une frustration par l'impossibilité de pouvoir répondre aux besoins de soutien psychologique des patients. Ils vont réaliser les soins qu'ils considèrent comme prioritaires car indispensables, et laissent de côté cet aspect des soins. Certains ressentent de l'insatisfaction parce qu'ils considèrent ne pas pouvoir réaliser tous les soins comme ils le souhaiteraient, et que la qualité pour les patients est impactée.

La combinaison d'une charge cognitive élevée liée aux interruptions constantes et d'une charge émotionnelle due aux besoins psychologiques du patient et de son entourage contribue au ressenti de surcharge des infirmiers.

2.3 Reconnaissance et gestion managériale

Ce thème reprend différents aspects en liens avec la reconnaissance du métier, ainsi que la lourdeur de certaines procédures imposées dans le travail.

Plusieurs participants expriment la lourdeur des process et le manque de réactivité de la hiérarchie face à certaines problématiques impactant la réalisation des tâches. Les infirmiers semblent être démotivés par la difficulté de mettre en place des actions pour améliorer leur quotidien au travail.

Extrait 11 : « ... *il y a beaucoup de pertes d'énergie à appeler tous ces gens pour changer un truc hein ! C'est des autorisations, et c'est... Tu sais que j'ai simplement demandé à avoir un panneau qui explique la télévision là ... E. (responsable qualité) m'a dit je vais demander à O. (administrateur) si je peux ! Non mais attends quoi !* » (entretien 1, p.73)

Des projets mis en place au sein des services qui ne paraissent peu ou pas pertinents par les infirmiers impactent aussi la charge de travail perçue.

Le sentiment d'un manque de reconnaissance de la hiérarchie est un élément central pour certains participants. Face à leur charge de travail réelle, avoir le sentiment de ne pas être reconnu par sa hiérarchie génère chez les infirmiers une perception plus lourde de leur charge, en impactant leur motivation. Ce manque de reconnaissance peut être augmenté par des interactions perçues comme peu constructives ou irrespectueuses, comme l'illustre l'extrait suivant :

Extrait 12 : *« ici, c'était vraiment la manière dont on venait pour nous transmettre les informations, les changements... C'était vraiment : « si vous êtes pas content les gars, mais je vous en prie partez », et t'as envie de leur dire : « Allô ? Y a personne d'autre que nous en fait ! Je sais pas comment vous vous permettez de nous parler comme ça, et de nous dire ça, parce qu'en fait, vous comptez nous remplacer par qui ? »* (entretien 3, p.104)

Les extraits suivants illustrent comment certaines réponses peuvent générer un sentiment d'incompréhension et de dévalorisation :

Extrait 13 : *« Tu vois, ils (les IC responsables de l'équipe mobile, ndlr) nous font pas confiance, et ça, ça moi je trouve ça... Comme si on allait exagérer. Tu vois ? Pourquoi elles nous font pas confiance ? En soi, on leur dit oui on a besoin d'aide maintenant ... Pourquoi tu dois insister, justifier ? »* (entretien 5, p.122)

Extrait 14 : *« Si t'as pas une infirmière qui va te mettre ta chimio, y a rien qui tourne ... On n'a pas été défendus du tout. Et ça aussi, la charge de travail c'est une chose, la lourdeur c'est une chose. Mais quand en plus, tu dois rajouter là-dessus le fait que t'es absolument pas soutenu, il y a un moment donné... Tout le monde a ses limites quoi. »* (entretien 3, p.106)

Si la hiérarchie se montre à l'écoute avec une attitude bienveillante à l'égard des professionnels, cela va augmenter leur motivation au travail, comme l'exprime ce participant :

Extrait 15 : *« Avec mon infirmière-chef, heureusement qu'elle est là sinon ... moi je serais déjà partie ... C'est une chef qui me soutient, elle est ouverte, elle comprend les choses. Ça serait une autre chef, je pense que, il y aurait plus de XX (nom du service). »* (entretien 2, p.92).

Un autre élément souligné par plusieurs participants concerne le système de valorisation salariale IFIC*, perçu comme une source d'injustice au sein de la profession. D'autre part, plusieurs répondants ont évoqué le nouveau système de valorisation salariale au sein de la profession, le système IFIC. Des barèmes salariaux différents sont attribués aux infirmiers en

fonction des services, cela au sein même des unités de soins « classiques ». Ces différences impactent directement leur motivation, comme en témoigne ces extraits :

Extrait 16 : *« ok s'ils avaient été IFIC 15 ils trouveraient sûrement la charge de travail plus... Bon mais il faut pouvoir l'entendre hein, c'est injuste quoi. Oui franchement injuste parce que on a les mêmes cadres, quoi donc oui c'est... Je pense que ça agit beaucoup sur la motivation »* (entretien 5, p.122)

Extrait 17 : *« Comment voulez-vous que les gens restent dans les étages IFIC 14, et en plus bah ils ont augmenté en IFIC 15 ... tout ce qui est médico tech(nique) gastro. Enfin, là ils ont de l'argent alors qu'ils nous disaient : « oui, c'est impossible pour nous de faire plus » mais tous les mois on apprend toujours qu'il y a des services en plus. C'est très bien pour ces services-ci, mais à un moment donné s'il y a plus personne dans les étages on comprendra pourquoi ... I : ... je comprends. Ça manque de cohérence quoi.*

R : Oui ! On nous a dit : « vous valez moins que d'autres ... » (entretien 2, pp.91-92)

Ces différences de salaires associées au sentiment de manque de reconnaissance amènent à une démotivation et de la frustration selon les personnes consultées.

2.4 Relations intra/interprofessionnelles

Cette catégorie explore l'impact des relations sur la perception de la charge de travail, qu'il s'agisse des rapports avec les médecins, d'autres professionnels présents dans l'hôpital ou entre pairs.

La qualité de la relation médecin/infirmier semble être déterminante pour la fluidité du travail et, par conséquent, pour la charge de travail perçue. Les participants évoquent les difficultés rencontrées, notamment en cas de changement de traitement soudain (entretien 2, p.89) ou lorsqu'un patient a besoin d'être vu par un médecin et que celui-ci est difficilement joignable. Ces obstacles semblent plus fréquents dans les services multidisciplinaires et compliquent la gestion des tâches. La communication est plus difficile et cela augmente le sentiment de surcharge :

Extrait 18 : *« on a plein d'intervenants différents avec plein de procédures et protocoles différents, donc on doit chaque fois passer de l'un à l'autre. On perd du temps à solliciter le bon intervenant, à comprendre ce qu'il veut »* (entretien 5, p.117)

À l'inverse, au sein d'un service où la collaboration et la communication avec l'équipe médicale sont efficaces, la charge de travail est atténuée grâce à une meilleure dynamique :

Extrait 19 : *« ici ils sont assez présents dans le service, ils sont assez accessibles donc moi je trouve qu'en tout cas, dans notre unité, on a un bon fonctionnement dans l'ensemble. Ils sont assez respectueux, et on a toujours bien collaborés ensemble ... avec nos médecins à nous, du service, ... ça a toujours été un très bon fonctionnement. Ils sont accessibles avec une communication au top »* (entretien 6, p.126)

Des relations tendues ou perçues comme irrespectueuses peuvent alourdir le ressenti, comme l'illustre ce participant :

Extrait 20 : *« ... ça peut être vite lourd parce que c'est des relations humaines qui ne sont pas adéquates et ... qui sont voire même dénigrantes. Et si tu travailles avec des gens avec qui tu es en collaboration et en respect tu peux demander plus et tu peux faire plus. »* (entretien 1, p.75)

En revanche, les relations positives entre collègues directs peuvent atténuer la charge ressentie. Les participants insistent sur l'importance d'avoir une entraide solide et un climat de confiance au sein de l'équipe. Une dynamique d'équipe solide permet d'atténuer le ressenti d'une lourde charge de travail. Les extraits illustrant ce point sont nombreux, voici une sélection :

Extrait 21 : *La question du chercheur porte sur les 2 éléments les plus importants qui influencent le ressenti face à la charge de travail. «... l'équipe. Si tu sais que tu as une journée qui est très, très lourde mais ... tu sais que tout le monde connaît, donc si t'as un souci tu peux déléguer sans... Ne même pas y réfléchir. »* (entretien 3, p.109)

Extrait 22 : *« j'ai mes collègues qui peuvent penser à des ressources au moment où moi je coince ... un gros travail d'entraide entre nous pour trouver des solutions quand y a des problèmes ... »* (entretien 1, p.74)

Extrait 23 : *« on se connaît depuis longtemps, voilà donc je partage beaucoup de choses donc voilà. Il y a aussi ça, la connaissance et surtout le fait que on se sent... C'est comme si on se sent un peu plus rassuré.*

I : Plus en sécurité ?

R : En sécurité ! Voilà c'est vraiment le mot » (entretien 4, p.113)

La qualité des relations professionnelles joue un rôle central dans la perception de la charge de travail. Une communication efficace ainsi que de l'entraide au sein de l'équipe apparaissent comme des ressources importantes pour atténuer le sentiment de surcharge, alors que des

tensions ou une mauvaise collaboration apparaissent comme des facteurs aggravants la charge perçue.

2.5 Évolution technologique et pratique soignante

Ici nous abordons l'impact des évolutions technologiques sur la perception de la charge de travail. Les infirmiers interrogés ont mis en avant des aspects positifs à l'utilisation de robots pour la gestion des médicaments, mais ils rencontrent également des contraintes qui peuvent impacter négativement le sentiment face à leur charge. Il s'agit d'outils indispensables à la réalisation de leurs tâches, mais qui peuvent impacter la fluidité de leur travail et générer de la frustration.

Comme l'illustrent les extraits suivants, les robots et les distributeurs sécurisés de médicaments sont des innovations nécessaires, mais leur utilisation engendre des contraintes qui peuvent ralentir le travail. Des dysfonctionnements techniques génèrent de la frustration et renforcent le sentiment d'une charge excessive.

Extrait 24 : *« ...qui freine énormément le travail c'est le robot de la pharmacie. Ça c'est incroyable. Comme quand on a besoin d'un médicament en urgence, c'est pas possible. ... Comment expliquer au patient hein, le robot s'est mis en route, je peux pas le stopper. Vous devez attendre, vous l'aurez quand le robot a terminé de faire son je sais pas quoi, là. »* (entretien 6, p.128)

Extrait 25 : *« La pharmacie aussi, on a des « X » (distributeurs sécurisés de médicaments) là, elles sont assez efficaces quand même, je trouve dans l'ensemble. ... parfois le médicament reste coincé donc double facturation parce qu'évidemment la spirale que tu veux qu'elle se remette en route ne se remet pas en route et c'est celle d'à côté donc ton médicament va se coincer, et l'autre il tombe, donc tu vas avoir un problème de facturation. »* (entretien 1, p.68)

Ces outils offrent malgré tout certains avantages :

Extrait 26 : *« c'est vrai que, maintenant avec les « X » (distributeurs sécurisés de médicaments), ça aide quand même. ... c'est comme tout, il y a du positif, du négatif. Il y a des choses qui prennent beaucoup plus de temps, devoir tout scanner, ça c'est une perte de temps inimaginable, mais c'est vrai que le fait que tout soit à disposition c'est plus simple »* (entretien 3, p.99)

Les mêmes sentiments ambivalents sont exprimés face à la digitalisation du dossier patient. Nous savons que la documentation est une part importante de la charge de travail infirmière.

Son augmentation associée à l'utilisation de nouveaux outils numériques semble alourdir le ressenti face à la charge de travail.

Les répondants évoquent le manque d'ergonomie de ces outils qui ralentit la recherche d'informations. La documentation semble pesante, d'autant plus en période d'enregistrement des soins (DI-RHM*).

Extrait 27 : « *On a un outil informatique qui ne permet aucune vision globale, hein. ... Il faut systématiquement rentrer dans le dossier d'un patient qui est pas clair, vu qu'on est noyé sous les informations ... Tu veux vérifier une info, ben tu peux t'attribuer que 4 patients, t'en as 15, tu peux refermer tes dossiers, réouvrir les autres, perte de temps !* » (entretien 3, p.107)

L'évolution technologique génère des sentiments assez mitigés. D'un côté elle facilite la réalisation de certaines tâches. De l'autre, les contraintes techniques perturbent la fluidité du travail.

2.6 Travail réel

Ce thème aborde la diversité des activités que les infirmiers doivent effectuer. Le travail « réel » englobe la prise en charge directe et indirecte des patients, mais aussi une multitude de tâches dites invisibles, les « à côté » qui semblent influencer fortement la perception de la charge de travail.

Les participants ont souligné à de multiples reprises l'augmentation de la lourdeur des patients hospitalisés, ce qui impacte la charge de travail perçue.

Extrait 28 : « *on soigne plus, de plus en plus des pathologies aiguës donc, vraiment on est dans des périodes où le patient reste peu à l'hôpital. ... les gens sortent de plus en plus tôt, mais alors ça veut dire que le temps que les patients passent à l'hôpital c'est vraiment là où ils ont besoin d'énormément de soins...* » (entretien 4, p.112)

Au-delà de cette charge liée aux patients, que certains qualifient de positive (entretien 1, p.77), ce sont les tâches « supplémentaires » qui vont amplifier la perception de la charge, celles qui pourraient être réalisées par d'autres professionnels. Mais les infirmières vont très souvent les assumer parce que c'est à elles que les patients s'adressent, ou encore parce qu'elles ne peuvent pas se permettre d'attendre que d'autres professionnels interviennent. Cela les oblige à effectuer des démarches chronophages, comme aller chercher elles-mêmes les produits pharmaceutiques nécessaires, comme l'illustre l'extrait suivant :

Extrait 29 : « ... j'ai encore dû aller chercher un Catapressan®, ... je suis descendue (à la pharmacie), j'ai dû attendre, voilà. Parce qu'il n'y avait pas d'aide logistique donc c'est encore moi qui ai couru à (la pharmacie). Mais euh, voilà. C'est pas faute d'avoir demandé qu'il y ait du Catapressan® dans la X (distributeur sécurisé des médicaments) hein ! » (entretien 1, p.73)

En outre, des tâches logistiques telles que du réapprovisionnement ou l'entretien du matériel, sont assumées par les infirmiers alors que cela ne fait pas partie de leurs attributions.

Extrait 30 : « Je dois remettre le service en ordre le soir ... j'ai dû nettoyer les PC ... C'est pas à moi de le faire mais je l'ai fait, voilà ! ... J'ai nettoyé mes cold packs, je fais la logistique. » (entretien 1, p.70)

Extrait 31 : « tout ce qui est ... logistique ça c'est vraiment un truc moi qui alourdit ma charge de travail, quand même méchamment. » (entretien 1, p.78)

Les entretiens révèlent que le travail réel des infirmiers dépasse largement les soins aux patients.

2.7 Ressources limitées

Ce dernier thème aborde une problématique récurrente dans le milieu hospitalier : la pénurie des ressources matérielles et humaines.

Les infirmiers répondants décrivent des dysfonctionnements quant à la disponibilité et au fonctionnement du matériel, ce qui génère une perte de temps importante malgré un quotidien déjà chargé, ainsi que de la frustration.

Extrait 32 : « Qu'il faut commencer à trouver les batteries qui vont charger, pas charger le X (ordinateur du service), il faut que tout le matériel fonctionne » (entretien 5, p.118)

Parallèlement à la disponibilité du matériel, le manque de personnel infirmier est souligné à plusieurs reprises par les répondants. Cet élément est déterminant dans la perception de la charge de travail. Au-delà du nombre de patients à prendre en charge, les infirmiers peuvent se sentir surchargés par la perspective de tout ce qu'ils vont devoir réaliser sur leur journée.

Extrait 33 : « La base de tout ça c'est le nombre d'infirmières par rapport au nombre de patients. ... Une infirmière pour 15 patients, même en faisant le minimum syndical, on s'arrête pas ! » (entretien 3, p.101)

Au-delà de la charge physique, certains infirmiers ont le sentiment de ne pas savoir soigner correctement, et que la qualité des soins est affectée car ils n'ont pas la possibilité de répondre aux besoins des patients. Cela peut engendrer de la démotivation ou du désengagement.

Afin de pallier le manque d'infirmiers dans les unités d'hospitalisation, les institutions ont recours à de nombreux intérimaires, aides-soignants ou infirmiers. Cette solution ne semble pas être la meilleure aux yeux des répondants, pour qui la gestion de ce personnel est une charge supplémentaire.

Extrait 34 : « *Maintenant, quand, en tant que mobile, parfois tu es la seule qui connaisse l'unité, parce qu'en fait, y a que toi et des intérim. Déléguer ça devient très compliqué. C'est pas que tu veux pas déléguer, mais il faut que la personne connaisse assez le fonctionnement, qui il faut appeler pour tel truc. Et au final, si tu dois tout détailler, tout expliquer, il vaut peut-être mieux le faire toi-même.* » (entretien 3, pp.102-103)

Les limitations des ressources apparaissent comme des freins importants à la fluidité du travail et à la qualité des soins.

Les entretiens réalisés montrent que la charge perçue n'est pas seulement liée aux soins aux patients, mais aussi à une multitude de facteurs contextuels. Seule une partie des extraits qui nous paraissaient pertinents ont été utilisés. En réalité, ceux-ci sont plus nombreux, mais nous ne souhaitons pas surcharger cette partie. L'ordre dans lequel les thèmes sont abordés n'a pas de lien avec la force d'influence sur la charge de travail perçue par les participants interrogés. Cet aspect-là est illustré sur la carte mentale présentée dans le paragraphe suivant.

3 Modélisation des facteurs d'influence de la charge de travail perçue : carte mentale

Nous avons développé les différents thèmes émergeant de l'analyse des entretiens et nous avons une vue d'ensemble assez large sur ce qui influence la charge de travail perçue des infirmiers. À présent nous souhaitons conceptualiser les différents facteurs d'influence et pour cela nous avons recours à la carte mentale⁶.

Celle-ci est modélisée avec, comme élément principal, la « charge de travail perçue » qui est au centre de la carte et représentée par un octogone régulier.

⁶ NB : Afin de faciliter la lecture, la figure 3 (p.42) se trouve dans les annexes en format paysage (annexe 11 p.133)

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le thème intitulé « pression temporelle » est associé aux autres thèmes issus de cette analyse. Il sera donc représenté sous la même forme que la charge de travail. Les 6 autres thèmes sont représentés par des rectangles, dont la taille varie selon le score obtenu pour chacun. Les thèmes identifiés comme étant les plus influents ont un score supérieur ou égal à 48.

Modélisation de la charge de travail perçue des infirmiers

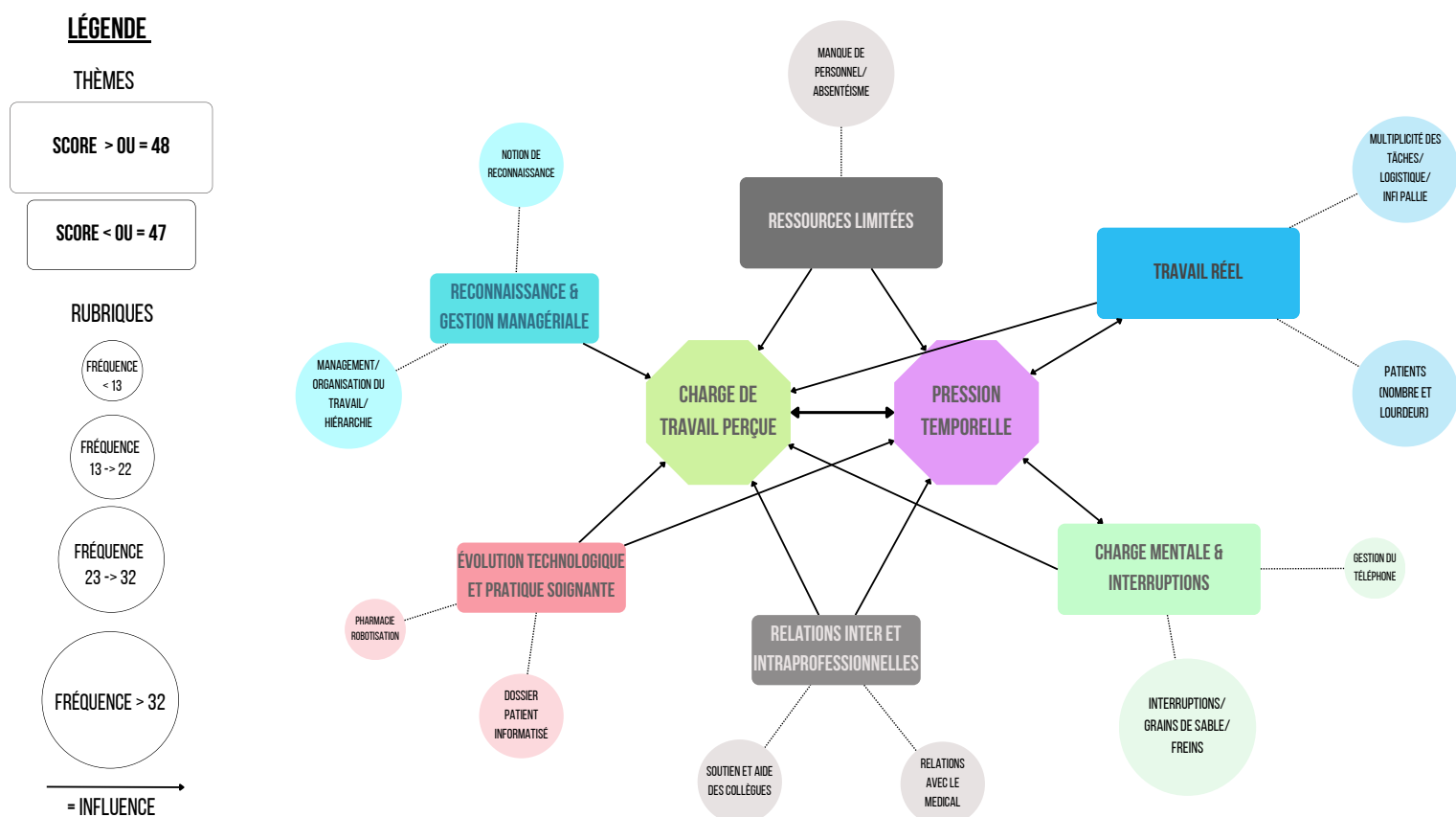


Figure 3. Modélisation de la charge de travail perçue de la profession infirmière
Octogones = éléments centraux. Rectangles = thèmes. Cercles = rubriques. Une couleur par thème présenté

Pour chaque thème, nous avons souhaité présenter les rubriques les plus fréquemment citées. Celles-ci sont représentées par des cercles, dont la taille varie selon la fréquence dans les entretiens.

Les flèches qui relient les différents éléments de la carte indiquent qu'il existe une influence et précisent dans quel sens.

Cette modélisation permet de mieux comprendre les aspects sur lesquels il serait important d'agir pour atténuer la charge perçue et améliorer les conditions de travail des infirmiers.

Ce travail propose une vue d'ensemble de la charge de travail perçue par les infirmiers, et invite à réfléchir aux possibilités d'actions au sein des institutions. La discussion qui suit propose des pistes de réflexion pour répondre aux enjeux associés à la charge de travail des infirmiers.

V. DISCUSSION

1. Rappels du contexte

Ce travail explore la perception de la charge de travail perçue des infirmiers exerçant au sein des services hospitaliers pour adultes, avec pour objectif d'identifier les facteurs qui influencent cette perception. À partir des entretiens réalisés avec des professionnels, nous avons identifié différents thèmes et facteurs émergents, présentés sous forme d'une carte mentale (voir p. 42). Ces facteurs sont de différentes natures (humaine, matérielle, organisationnelle...) et l'impact sera différent d'un individu à l'autre étant donné la subjectivité du concept de perception (Rousseau, 2017). Malgré ces différences, les personnes rencontrées évoquent les mêmes difficultés face à leur charge de travail d'où la possibilité de synthétiser ces facteurs.

Notre revue de littérature a révélé que la charge de travail est un concept multifactoriel et contextuel, influencé par des dimensions physiques (voir p.8) et cognitives (voir p.8). À l'heure actuelle, la prise en compte des conditions de travail est essentielle, notamment en raison des enjeux de santé publique associés à la charge de travail (Union européenne, 2024). C'est dans ce cadre que les notions de Qualité de vie au Travail (QVT) (Brunault & al., 2012) et de Risques Psychosociaux (RPS) ont émergé (Acker, 2018).

La profession infirmière est actuellement en souffrance (KCE, 2020). Le métier est complexe à définir et tenter d'améliorer les conditions de travail, notamment en agissant sur la charge, est crucial pour limiter les départs et favoriser la fidélisation des professionnels en poste. À travers cette recherche, réalisée auprès de professionnels qui soignent des adultes hospitalisés, nous tentons de conceptualiser la charge de travail perçue pour laquelle nous avons identifié les facteurs d'influence. Nous tentons d'apporter des pistes de réflexions pour les gestionnaires d'hôpitaux qui souhaiteraient agir pour réduire une charge de travail ressentie comme trop élevée.

2. Augmentation des besoins de soins des patients

Avant d'entamer ces réflexions, revenons sur les éléments récurrents identifiés à la fois dans la littérature et dans notre recherche. La population infirmière est en diminution (OMS, 2020)

alors que les besoins de soins de la population sont en hausse (Vandenbroucke, 2024). Le manque d'infirmiers dans les services semble être déterminant sur la perception de la charge de travail, étant donné que la prise en charge des patients repose sur un nombre d'infirmiers plus restreint. De plus la durée d'hospitalisation est raccourcie⁷, dès lors les patients requièrent des soins plus nombreux durant leur séjour. Comme de nombreux chercheurs l'ont déjà évoqué, pour garantir la qualité des soins aux patients, il nous semble indispensable de définir un ratio patients/infirmier adéquat (Griffiths & al., 2020) et de le respecter au maximum. Pour pallier le manque d'infirmiers dans les institutions de soin, les décideurs explorent plusieurs pistes, telles qu'augmenter les actes des aides-soignants ou remplacer les infirmiers par un nouveau métier, l'assistant en soins infirmiers (Vandenbroucke, 2024). Cependant, d'après le retour de tous nos participants, ces solutions ne semblent répondre que très partiellement aux besoins. L'infirmier resterait la personne référente de ces soignants, voire responsable de leurs actes (entretien 3, p.101). Cela risquerait non seulement d'alourdir sa charge mentale mais aussi de l'éloigner de son rôle central (entretien 2, p.93) qui est de prendre soin des patients.

3. Le temps : une contrainte omniprésente

Une première réflexion porte sur le concept du temps évoqué fréquemment par l'ensemble des participants. Il apparaît que la pression temporelle soit une source majeure de stress pour les infirmiers et qu'elle impacte leur charge mentale. Un stress excessif constitue un risque pour la santé psychique des travailleurs (beswic.be, *s.d.*) et peut nuire à la QVT (Bronzom & Liberi, 2018). Ce stress excessif peut engendrer une insatisfaction professionnelle, voire conduire à l'épuisement. Les infirmiers interrogés ont régulièrement le sentiment de manquer de temps pour arriver au bout de leurs tâches (entretien 2 pp.84- 85 ; entretien 3, p.99 et p.101), ce qui les pousse parfois à négliger une partie de leurs soins, volontairement ou par contrainte. Concernant les soins non-réalisés, les répondants ont d'ailleurs fait allusion au besoin de soutien psychologique qui risque d'être négligé par manque de temps (entretien 3 p.110 ; entretien 2, p.87).

Cependant, il est essentiel de questionner l'origine de cette perception de manque de temps. Notre hypothèse est qu'au-delà des soins chronophages, le fait de « manquer de temps » est peut-être une manière d'exprimer son ressenti face au travail.

⁷ *Évolution et caractéristiques d'un séjour à l'hôpital. Vers une Belgique en bonne santé.*
<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite/evolution-et-caracteristiques-dun-sejour-a-lhopital>

Il serait intéressant d'analyser plus profondément cet aspect, et de comprendre si les infirmiers manquent réellement de temps, ou si c'est une manière d'exprimer un mécontentement face à des modifications de leurs conditions de travail. Les infirmiers consacrent une partie de leur temps à réaliser des tâches non-infirmières chronophages (Alghamdi, 2016). Est-ce que leur ressenti serait atténué en déléguant davantage les tâches non-infirmières à d'autres professionnels ? Est-ce que les infirmiers pourraient se recentrer sur le cœur de leur métier et mieux investir leur temps auprès des patients ? Ces questions mériteraient d'être explorées, en incluant la variable de l'ancienneté au sein de la profession où un changement de regard peut amener des réponses différentes. Cela permettrait d'identifier des solutions adaptées pour améliorer leur quotidien et améliorer la qualité des soins aux patients.

4. Évolution technologique : impact sur les soins

Un second point que nous souhaitons approfondir concerne l'impact de l'évolution technologique et numérique dans les soins. D'après nos résultats, la robotisation semble avoir des effets bénéfiques sur la charge de travail perçue (entretien 1, p.68 ; entretien 3, p.99) mais uniquement lorsqu'elle est pleinement fonctionnelle et adaptée aux besoins des professionnels. Ici nous faisons référence aux distributeurs sécurisés de médicaments. Ceux-ci semblent aider à une meilleure disponibilité des traitements mais ils sont également une source de frustration lorsqu'ils engendrent des délais d'attente, présentent des défaillances techniques ou encore car ils limitent l'accès aux ressources nécessaires (entretien 3, p.99 ; entretien 5, p.118 ; entretien 6, p.128). Un exemple marquant de cette tension est l'infirmière qui contourne les règles en partageant son badge personnel avec une aide-soignante, afin de permettre l'accès à une crème protectrice pour la peau (entretien 2, p.88). Ce type de contournement illustre les limites pratiques des outils technologiques s'ils ne répondent pas aux besoins réels des utilisateurs. Ces contraintes devraient être prises en compte par les responsables en charge de ces dispositifs pour envisager un meilleur système de contrôle, réduire les obstacles et améliorer la fluidité du travail des utilisateurs.

La digitalisation du dossier patient est devenue incontournable dans les soins infirmiers (Naamneh & Bodas, 2024). Toutefois, nos résultats montrent que l'outil utilisé peut constituer un facteur aggravant la charge de travail perçue. Celui évoqué par les participants (entretien 6, p.126) manque de facilité d'utilisation, le rendant chronophage au détriment du temps pouvant

être directement consacré au patient. Si une partie des infirmiers éprouve des difficultés liées à l'ergonomie de l'outil une solution à envisager par les gestionnaires d'hôpitaux serait d'identifier les freins et les éventuels besoins de formation, ou de collaborer avec les concepteurs afin que l'outil réponde au mieux aux besoins des utilisateurs (Torki, 2022).

Bien que l'utilisation de la technologie dans le travail infirmier améliore des aspects comme la sécurité ou la disponibilité des ressources matérielles, elle exige une adaptabilité constante des professionnels. Ces transitions demandent un effort d'apprentissage pour maîtriser l'usage des outils, ce qui peut alourdir la charge de travail perçue.

5. Identité professionnelle : tensions et évolution

Un autre élément important à explorer est le rôle central que l'infirmier occupe au sein d'un service hospitalier. Un hôpital est une organisation où de nombreux corps de métiers interagissent pour assurer des soins de qualité aux patients mais il semble que l'infirmier soit au cœur de cette organisation (Nadot, 2012). Les patients, leurs proches, les médecins, les paramédicaux et d'autres intervenants de l'hôpital se tournent naturellement vers l'infirmière pour obtenir des réponses ou pour trouver une solution à un problème (Biron & al., 2009 ; entretien 3, p.99). Pourtant, selon la littérature (icn.ch, s.d.) et la législation⁸, l'infirmier est chargé d'assurer les soins aux patients, autonomes ou prescrits. Ce rôle central dans un service dépasse parfois ces attributions. Certains participants ont évoqué que cette position de référent, de source d'informations pour chacun, les amène à devoir traiter et réorienter au bon interlocuteur des demandes diverses et variées. Bien que certains trouvent cette responsabilité normale, il s'agit d'un élément qui peut peser sur la perception de la charge de travail parce qu'il engendre des interruptions fréquentes, non seulement par les patients, mais également par les autres professionnels (entretien 6, p.123).

Alors que les infirmiers expriment un sentiment de charge trop importante, est-ce pertinent qu'ils doivent régler un problème de robinet qui fuit ou une absence de piles dans une télécommande ?

Nous formulons l'hypothèse qu'il existe un décalage entre la vision de la profession infirmière telle qu'elle est perçue par les patients et les autres professionnels de l'hôpital (Nadot, 2009) et celle apprise par les infirmiers lors de leur formation. Le rôle de l'infirmier a évolué

⁸ *Infirmier/ères responsables de soins généraux*. (2016, avril 5). SPF Santé publique.
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/infirmiers>

considérablement depuis ses origines et cette transformation n'est pas toujours reconnue par les autres acteurs (Tande-Soyer & al., 2014 ou Lepage & Vonarx, 2023). Une exploration approfondie de cette vision du métier tant auprès des différents professionnels qu'auprès des patients pourrait permettre d'identifier des besoins spécifiques auxquels un autre type de professionnels pourrait répondre. Redéfinir les rôles et déléguer les tâches non-infirmières pourraient s'avérer une piste intéressante pour alléger le ressenti face à la charge professionnelle et permettre aux infirmiers de se recentrer sur les soins aux patients (Maillet & al., 2016).

6. Les interruptions : un frein à la continuité des soins

Comme nous venons de l'observer, les infirmiers sont sollicités par de nombreuses personnes, ce qui les oblige fréquemment à interrompre leurs tâches en cours. Nos résultats montrent que la fluidité du travail est un facteur déterminant de la charge de travail perçue des infirmiers, ce qui est confirmé par la littérature. Ces interruptions constantes peuvent intensifier la perception d'une charge de travail élevée. Par exemple, lorsqu'un infirmier doit répondre au téléphone en pleine préparation de la dilution d'un antibiotique ou d'un autre traitement requérant une attention particulière, le risque d'erreur augmente (Monteiro & al., 2015). Ce risque devient à son tour une source de stress supplémentaire. À cela s'ajoute le temps nécessaire pour reprendre la tâche interrompue, ce qui allonge encore la durée globale du soin (entretien 6, p.125). Par conséquent, les interruptions répétées représentent un risque d'erreur pour les patients mais pèsent également sur la charge mentale des professionnels. Ces facteurs sont essentiels à prendre en compte pour mesurer avec précision l'activité infirmière et sa complexité. Or, les outils de mesure existants ne tiennent que difficilement compte de cette réalité (Griffiths & al., 2020). Le temps « perdu » à cause des interruptions constitue une part non négligeable d'un service et contribue à alourdir la charge mentale et le stress des infirmières. Il apparaît donc crucial d'intégrer cet aspect dans toute évaluation de la charge de travail ou réflexion sur les conditions de travail afin de répartir au mieux les ressources disponibles et préserver le bien-être au travail des professionnels.

7. Contraintes entre métiers hospitaliers

Un autre aspect qui nous semble pertinent à aborder est le décalage entre les exigences du métier d'infirmier et les impératifs d'autres métiers au sein de l'hôpital. Le travail infirmier consiste à

prendre soin des individus dans un contexte particulier. Celui-ci est complexe et caractérisé par de l'instabilité. Cela impose aux infirmiers une capacité constante d'adaptation, inhérente à la nature humaine et complexe de leur métier (Busnel & al., 2020).

Certains participants soulignent qu'ils travaillent souvent dans une forme « d'urgence », non pas qu'il s'agisse d'urgence vitale, mais plutôt du souhait de répondre rapidement et efficacement aux attentes et besoins des patients, sans devoir les faire attendre au-delà de leur seuil de tolérance, lui-même variable d'un individu à l'autre. Ce sentiment d'urgence ne semble pas partagé de manière égale par les autres corps de métier présents dans un hôpital, chaque corporation fonctionnant selon ses codes (Asmar & Wacheux, 2007 ; entretien 6, p.128). Pour ces derniers, le degré d'urgence est peut-être perçu différemment, parfois en décalage avec la réalité d'un service de soins.

Cette tension générée par l'impossibilité de répondre rapidement aux demandes du patient peut provoquer de la frustration ou du stress chez les infirmiers. Ces derniers ont parfois le sentiment de devoir compenser les manquements des services supports, en trouvant eux-mêmes des solutions pour « perdre moins de temps ».

Ce point mériterait d'être approfondi : quelles contraintes spécifiques aux autres métiers expliquent ces décalages dans les délais de réponse ? Là où l'infirmier souhaite une solution immédiate, d'autres professionnels pourraient être limités par leurs propres priorités ou procédures. Cette réflexion pose une double question : la profession infirmière doit-elle adapter sa mentalité face à ces réalités ? Ou serait-il nécessaire de réévaluer les délais de réponse des différents métiers, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou autres afin de mieux répondre aux besoins des unités de soins ?

8. Apports du modèle « Jobs Demands-Resources »

Nous terminons ces réflexions par les apports du modèle « Jobs Demands-Resources » (JDR) évoqué dans notre revue de littérature (voir p.12). Ce modèle souligne l'importance des ressources permettant d'atténuer la charge de travail perçue en réduisant le stress professionnel et en augmentant la motivation au travail, grâce à une forme de gestion managériale. Ces ressources sont le soutien social des collègues, la reconnaissance par la hiérarchie et l'autonomie dans le travail.

En reliant ces concepts aux résultats obtenus, il apparaît que la dynamique d'équipe joue un rôle essentiel pour gérer la charge de travail. En effet, la majorité des répondants ont souligné

l'importance du soutien entre collègues face à des services lourds. Cependant, les équipes étant en sous-effectif, le recours aux infirmiers intérimaires est fréquent (entretien 6, p.127 ; entretien 4, p.113). Ils ne connaissent pas toujours l'environnement ou l'équipe et ses pratiques, cela complique la dynamique d'équipe. Les infirmiers « permanents » doivent alors compenser ce manque de maîtrise, ce qui alourdit leur charge de travail perçue (entretien 3, pp.102-103). Ce problème, récurrent dans nos données, devrait être une priorité pour les responsables d'équipes soignantes. Ils devraient viser à soutenir la cohésion d'équipe afin de fidéliser leur personnel et exploiter pleinement cette ressource collective pour atténuer le ressenti de la charge de travail.

Un autre aspect crucial du modèle JDR est l'importance de la reconnaissance hiérarchique (Bakker et al., 2003). Un soutien adapté de la hiérarchie, associé à une reconnaissance des efforts fournis, est une ressource clé pour atténuer l'impact d'une charge de travail élevée et pour renforcer la motivation au travail. À l'inverse, un manque de reconnaissance peut peser davantage sur la charge de travail perçue. Nos résultats montrent que ce manque est fréquemment ressenti, notamment vis-à-vis des échelons hiérarchiques supérieurs à l'infirmière-chef. Les participants ont souvent exprimé le sentiment de ne pas être compris ou valorisés par leur hiérarchie, ce qui peut nuire à leur motivation et leur engagement professionnel.

Le modèle JDR insiste également sur l'importance de l'implication du personnel dans les prises de décision. Lorsqu'ils se sentent exclus des projets ou des décisions, ils les perçoivent souvent comme des charges supplémentaires, peu adaptées à leur réalité (entretien 6, p.125). Nous pensons que les dirigeants hospitaliers devraient accorder une attention particulière à cet aspect en consultant et en impliquant davantage les infirmiers de terrain lors de la mise en place de projets. Ils doivent également assurer une communication efficace et adaptée en multipliant les canaux pour garantir une transmission claire des messages (Sibé et Alis, 2016).

Concernant le rôle de l'infirmière-chef, il est primordial pour la motivation et la cohésion d'équipe (Alsadaan et al., 2023). Par son leadership, elle peut promouvoir une ambiance de travail positive, assurer une bonne communication et faire remonter les préoccupations de son équipe auprès de la direction (Maillet et al., 2016). Bien que ce rôle ne puisse à lui seul résoudre tous les problèmes, c'est une fonction déterminante pour améliorer ou maintenir une dynamique d'équipe constructive. La direction infirmière des hôpitaux devrait valoriser et soutenir cette

fonction (OMS, 2020) en lui donnant les moyens nécessaires pour remplir ses missions, en assurant une communication bilatérale et en étant à l'écoute des demandes du terrain.

Enfin, il est essentiel de considérer la qualité des relations interpersonnelles (Dumas et al., 2016). Il semblerait qu'une collaboration fluide et efficace entre les équipes médicales et infirmières contribue à alléger la charge de travail perçue et à améliorer la qualité des soins (entretien 6, p. 126). Nous pensons que la direction hospitalière pourrait jouer un rôle actif à ce niveau en sensibilisant les différentes équipes à l'importance d'une communication claire et respectueuse (Sibé et Alis, 2016). Une meilleure coopération entre professionnels aurait un impact positif sur la perception de la charge de travail des infirmiers, mais aussi sur la prise en charge des patients.

9. Forces et limites

L'intérêt de notre travail est d'explorer le ressenti des infirmiers et de comprendre ce qu'ils associent à leur charge de travail. Notre sujet est d'actualité, le manque d'infirmiers se fait ressentir dans de nombreuses institutions et identifier des pistes pour agir face à cette problématique peut s'avérer utile. Les parallèles que nous avons faits avec la littérature nous paraissent adéquats et soutiennent la validité de nos résultats.

D'une part, la méthode choisie est pertinente et la qualité des entretiens menés en phase exploratoire a permis à chaque répondant de prendre du recul par rapport à son travail, d'avoir une vision plus large et de pouvoir identifier les éléments qui influencent la perception de sa charge de travail. D'autre part, les participants sont issus de services différents, avec des profils de patients et de pathologies très hétérogènes, ce qui enrichit les données récoltées. De plus, le chercheur exerce au sein d'un service médico-technique, et n'a que très peu d'expérience au sein d'unités pour adultes, ce qui peut limiter sa partialité. Cependant, sa position de pair a peut-être facilité la confiance des participants ce qui a peut-être contribué à la spontanéité des réponses.

Grâce à la richesse de ces entretiens, nous avons identifié un large éventail de facteurs d'influence, certains étant plus présents que d'autres. Dès lors, les dirigeants d'institutions peuvent s'appuyer sur notre analyse pour établir un plan d'actions afin d'atténuer le ressenti de la charge des infirmiers et espérer ainsi améliorer leurs conditions de travail et maintenir en poste ceux encore présents.

Nous avons souhaité rendre ce travail original en utilisant un outil de synthèse pour présenter les résultats. Nous avons créé une carte mentale, qui offre beaucoup de liberté quant à sa conception et qui répond à notre objectif de synthèse, avec une présentation claire et accessible. Les décideurs qui le souhaitent auront un aperçu visuel des facteurs d'influence identifiés dans cette analyse et pourraient l'utiliser comme base de travail pour adapter l'organisation des tâches ou agir sur la rétention de leurs infirmiers.

Ce travail apporte une analyse rigoureuse d'un aspect subjectif du métier d'infirmier mais il est nécessaire de passer en revue les limites de notre recherche.

Différentes limites sont identifiées, à commencer par le choix de la méthode. En effet, une méthode qualitative est très intéressante et probablement la plus adaptée pour explorer ce thème de la perception, mais elle ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. De plus, les résultats émergent à la suite de notre interprétation et non sur base d'éléments objectifs. Un autre biais possible est lié à la profession de l'interviewer, lui-même infirmier exerçant au sein de la même institution. Les réponses auraient pu différer si l'interviewer n'était pas un pair ou s'il exerçait dans un autre hôpital.

La sélection de l'échantillon en lui-même présente un risque de biais : les personnes qui se sont abstenues de participer ont peut-être un autre regard sur leur charge de travail, alors que les personnes répondantes ont participé volontairement et avaient peut-être besoin de s'exprimer sur le sujet.

Dans le cadre de ce travail, le nombre d'entretiens réalisés est assez limité en raison de difficultés de calendriers. Mener des entretiens exploratoires supplémentaires aurait peut-être mis en avant d'autres thématiques. Les entretiens de consolidation étaient intéressants car les éléments abordés avaient déjà été évoqués. En raison du peu d'entretiens réalisés, le seuil de saturation* n'a probablement pas été atteint, même si à l'issue des entretiens de consolidation nous n'avons identifié qu'un seul nouvel élément à rajouter dans nos résultats. Atteindre la saturation des résultats aurait augmenté la validité de cette recherche. Il est également possible que mener uniquement des entretiens de la même qualité que ceux menés en phase exploratoire aurait pu apporter d'autres éléments.

D'autre part, toutes les personnes interrogées travaillent au sein du même hôpital, ce qui nous empêche de généraliser nos résultats à l'ensemble des institutions. Il serait pertinent de poursuivre cette recherche auprès de professionnels d'autres établissements de soins dans toute la Belgique francophone. Nous avons interrogé des infirmiers exerçant dans un hôpital

universitaire mais la réalité est peut-être différente dans d'autres types de structure. Nous avons également mis l'accent sur les unités de soins pour adultes, mais explorer le milieu de la pédiatrie ou les milieux de soins médico-techniques peut également s'avérer pertinent et apporter de nouveaux facteurs d'influence de la charge de travail perçue.

Un dernier biais de cette recherche est le manque de validité externe car les données collectées n'ont pas été validées par les répondants ou par un autre expert. Il aurait peut-être été pertinent de proposer une relecture des transcriptions aux participants avant l'analyse, mais les délais étaient trop courts pour terminer cette analyse dans les temps.

10. Perspectives et pistes d'amélioration

Différents points seraient abordés différemment. Avec le recul, la revue de littérature aurait encore pu être enrichie par une recherche sur l'évolution du métier d'infirmier, ainsi que sur des études menées sur les « hôpitaux magnétiques » (Sibé & Alis, 2016) et leurs actions spécifiques pour retenir leur personnel soignant.

Ensuite, les entretiens auraient tous été menés en suivant le premier guide d'entretien, qui permettait d'aller explorer en profondeur la perception de chaque répondant.

De plus les retranscriptions auraient pu être complétées par les observations de l'interviewer sur la communication non verbale des participants.

En conclusion, ce travail pourrait servir de base pour une recherche plus approfondie sur la charge de travail perçue des infirmiers et peut-être qu'une combinaison de méthodes pourrait apporter des résultats plus affinés. Une série plus importante d'entretiens exploratoires pourrait permettre la rédaction d'un questionnaire à diffuser au sein des institutions. Le « focus group » aurait également été une méthode de recherche appropriée pour rédiger un questionnaire, grâce à une confrontation d'idées de différents professionnels, auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé en entretien individuel.

Grâce au questionnaire, des données quantitatives auraient pu être analysées statistiquement et auraient pu permettre une extrapolation de certains résultats. Les variables d'ancienneté ou du type de service pourraient être incluses dans les analyses. De nouvelles pistes d'action pourraient alors émerger pour améliorer les conditions de travail des infirmiers.

Une autre piste à explorer pour un travail de recherche pourrait être l'impact des nouvelles technologies ou de l'intelligence artificielle dans les soins sur la charge de travail. Il s'agit d'une thématique en pleine expansion qui peut s'avérer intéressante.

VI. CONCLUSION

Ce mémoire s'est intéressé au concept de la charge de travail perçue. Avant de tenter de comprendre celle des infirmiers, une première partie aborde la notion globalement, sans distinction de milieu professionnel. Différents aspects ont été abordés, entre autres les enjeux liés à la charge de travail, en particulier lorsqu'un travailleur est en situation de surcharge. Nous avons évoqué les notions de Risques Psycho-Sociaux et de Qualité de Vie au Travail, ainsi que le modèle théorique de Demerouti, le « Jobs Demands-Resources ».

Pour répondre à l'objectif de cette recherche, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Ils ont mis en lumière les facteurs influençant la charge de travail perçue, qualifiée d'excessive par nos infirmiers répondants. Les interruptions récurrentes, le manque de fluidité dans le travail et les ressources humaines et matérielles insuffisantes contribuent à alourdir la charge mentale et à augmenter le stress. Les progrès technologiques, malgré leurs bénéfices, peuvent engendrer des frustrations supplémentaires. En outre, une reconnaissance insuffisante par la hiérarchie et des relations inter-métiers parfois difficiles renforcent le sentiment de pression. Chaque facteur participe à la complexité du travail infirmier et à son impact sur la motivation et le bien-être des soignants.

Au-delà des contraintes matérielles et organisationnelles, cette étude souligne le rôle fondamental de l'humain. Selon le modèle JDR, la qualité des relations interprofessionnelles, le soutien entre collègues et la reconnaissance du travail accompli sont des ressources essentielles qui peuvent aider les infirmiers à faire face à une charge de travail importante. L'analyse de nos résultats met en évidence les multiples facteurs influençant la charge de travail perçue par les infirmiers, qu'ils soient organisationnels, technologiques ou humains. Ces éléments contextuels et subjectifs rejoignent les résultats de la littérature.

Des pistes d'amélioration pour les gestionnaires d'institutions sont avancées pour atténuer la charge perçue et renforcer la qualité de vie au travail des infirmiers. En valorisant leur rôle au sein des institutions, il serait possible d'améliorer leur bien-être au travail tout en assurant des soins de qualité aux patients.

Les institutions de soins peuvent agir sur plusieurs leviers pour atténuer la charge perçue. Parmi ces leviers figurent la valorisation des efforts fournis, l'amélioration de la communication entre la hiérarchie et les soignants et la promotion d'une collaboration inter-

métiers efficace. Ces mesures, bien que parfois simples à mettre en œuvre, pourraient réduire la charge de travail perçue et favoriser la rétention du personnel infirmier en augmentant la collaboration et en facilitant la fluidité du travail. L'objectif devrait être de créer un environnement qui, tout en garantissant des soins de qualité aux patients, soutienne la satisfaction et la motivation des infirmiers en les plaçant au centre des stratégies d'amélioration.

Cependant, malgré ces contributions, ce travail comporte des limites. L'exploration d'une seule institution et la taille réduite de l'échantillon ne permettent pas la généralisation des résultats. Il est probable que toutes les facettes de la charge de travail perçue n'ont pu être explorées. Par ailleurs, l'absence de validation externe des données collectées constitue un autre biais. Ces limites soulignent l'importance de poursuivre les recherches dans des contextes variés et avec des méthodes complémentaires, afin d'approfondir la compréhension de la charge de travail perçue.

En définitive, ce mémoire espère contribuer au développement d'actions concrètes et mener vers une réflexion plus large sur l'amélioration des conditions de travail des infirmiers. En reconnaissant leur rôle central dans le système de soins, il devient possible de conjuguer bien-être des soignants et qualité des soins offerts aux patients.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 449-457. <https://doi.org/10.1111/jonm.12354>
- Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Awad Ali, S. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., & Jones, L. K. (2023). Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. *Inquiry* (00469580), 1–14. <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- Alter, N. (2023). 3. Mouvement et dynamique des échanges. *Poche / Sciences humaines et sociales*, 82-112. <https://shs.cairn.info/donner-et-prendre--9782348079535-page-82>
- Acker, A. (2018). Intensité et temps de travail In Chapelle, F., Acker, A., Bonzom, D., Callahan, S., Liberi, Y., & Légeron, P. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de vie au travail* (Dunod).
- Asmar, M. K., & Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire. Spécial*, 57. <https://shs.hal.science/halshs-00170357>
- Author-health. (2022, septembre 28). *Données phares dans les soins de santé : Les professionnels des soins de santé. Vers une Belgique en bonne santé*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante>
- Bahlman-van Ooijen, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2023). Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *Journal of Advanced Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jan.15696>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., de Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341-356. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00030-1)
- Biron, A. D., Loiselle, C. G., & Lavoie-Tremblay, M. (2009). Work interruptions and their contribution to medication administration errors: An evidence review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(2), 70-86. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00151.x>
- Brangier, É., & Valléry, G. (2021). Charge de travail. In *Ergonomie : 150 notions clés* (p. 148-153). Dunod. <https://www.cairn.info/ergonomie-150-notions-cles--9782100822126-p-148.htm>
- Brunault, P., Evelyne, F., & Gillet, N. (2012). *Qualité de vie au travail* (p. 49-59).
- Busnel, C., Ludwig, C., & Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : Vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, N° 140(1), 7-16. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>
- Cazabat, S., Barthe, B., & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : Deux facettes d'une même réalité ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 10-1, Article 10-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.2159>

- Cegarra, J., & Morgado, N. (2009). Étude des propriétés de la version francophone du NASA-TLX. *EPIQUE 2009 : 5ème Colloque de Psychologie Ergonomique*, 233-239.
- Chapelle, F., Acker, A., Bonzom, D., Callahan, S., Liberi, Y., & Légeron, P. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de vie au travail* (Dunod).
- Coutanceau, R., Bennegadi, R. et Bornstein, S. (2016). Stress, burn-out, harcèlement moral De la souffrance au travail au management qualitatif. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.03>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Darses, F., & de Montmollin, M. (2012). *II. Histoire et géographie : Vol. 5e éd.* (p. 19-42). La découverte. <https://www.cairn.info/l-ergonomie--9782707173812-p-19.htm>
- Delengaigne, X., & Delengaigne, M.-R. (2019). Outil 2. Les mots-clés. *BàO La Boîte à Outils*, 2, 14-15. https://shs.cairn.info/article/DUNOD_DELEN_2019_01_0014
- Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 20, vol. 5(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>.
- Fortin, C., Chiasson, M.-È., & Imbeau, D. (2005, mai 18). *La charge physique de travail et l'astreinte physiologique sous contrainte thermique : Comment les évaluer adéquatement ?*
- Galy, É., & Gaudin, C. (2014). Vigilance et tension : Effet de l'organisation du travail et de la perception de la situation de travail. *Le travail humain*, 77(4), 301-323. <https://doi.org/10.3917/th.774.0301>
- Galy, E., Cariou, M., & Mélan, C. (2012). What is the relationship between mental workload factors and cognitive load types? *International Journal of Psychophysiology*, 83(3), 269-275. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.09.023>
- Gernet, I. (2022). Travail et surcharge des professionnels : Éclairage par la psychodynamique du travail. *Contraste*, 56(2), 85-96. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0085>
- Girard J.-M. (2007). Contribution à l'évaluation de la charge de travail du conducteur automobile. *Automatique / Robotique*. Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Jones, J., Pattison, N., & Monks, T. (2020). Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 103, 103487. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
- Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 104(1), 23-29. <https://doi.org/10.3917/rsi.104.0023>
- Hesbeen Walter, & D'hoore William. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers : « se révéler l'auteur de sa pensée »*. Elsevier Masson.
- Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C., & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research*, 49, 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>

Intissar, S., & Rabeb, C. (2015). Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : La théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(3), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.07.002>

Ivziku, D., Ferramosca, F. M. P., Filomeno, L., Gualandi, R., De Maria, M., & Tartaglini, D. (2022). Defining nursing workload predictors: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 473-481. <https://doi.org/10.1111/jonm.13523>

Lancry, A. (2009). *Les concepts et les théories qui ont fondé l'ergonomie moderne* (1-1626, p. 22-39). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-ergonomie--9782130565611-p-22.htm>

Leduc, S. (2019). Charge de travail. In *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés: Vol. 2e éd.* (p. 83-88). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0083>

Lepage, H. et Vonarx, N. (2023). Une domination biomédicale dans le monde des soins infirmiers : contribution pour une émancipation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, N° 152(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.152.0007>.

Leplat J. (1997). Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique. *1ère éd.* Presses Universitaires de France.

Maillet, S., Courcy, F., & Leblanc, J. (2016). Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : Une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 84-97. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0084>

Martin, C., Hourlier, S., & Cegarra, J. (2013). La charge mentale de travail : Un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. *Le travail humain*, 76(4), 285-308. <https://doi.org/10.3917/th.764.0285>

Mélan, C., Cascino, N., Galy, E., & Barthe, B. (2012). *Mesurer la charge de travail : Une approche pluridisciplinaire* (p. 189-204).

Mongin Pierre, & Vilatte Cécile. (2018). *Découvrir le mind mapping*. InterÉditions.

Monteiro, C., Avelar, A. F. M., & Pedreira, M. da L. G. (2015). Interruptions of nurses' activities and patient safety : An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 169-179. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539>

Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload : Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>

Myny, D., Van Goubergen, D., Limère, V., Gobert, M., Verhaeghe, S., & Defloor, T. (2010). Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 92. <https://dial-uclouvain-be.proxy.bib.uclouvain.be:2443/pr/boreal/object/boreal:111542>

Naamneh, R., & Bodas, M. (2024). The effect of electronic medical records on medication errors, workload, and medical information availability among qualified nurses in Israel– a cross sectional study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01936-7>

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : Résumé d'orientation*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331674>

- Nadot, M. (2009) . L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline. *Recherche en soins infirmiers*, N° 98(3), 12-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0012>.
- Nadot, M. (2012) . Recherche fondamentale en science infirmière La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, N° 109(2), 57-68. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0057>.
- Rousseau, T. (2017). Charge de travail. Un mode opératoire pour soutenir la qualité de vie au travail ? In *ANACT La revue des conditions de travail*, n°07
- Schoenenberger, S., Moulin, P., & Brangier, E. (2013). Les déterminants de la charge de travail perçue dans deux services d'urgence hospitaliers en France. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(2), 143-163. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30061-9](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30061-9)
- Sibé, M., & Alis, D. (2016). Chapitre 10. L'hôpital magnétique : Un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. In *Stress, burn-out, harcèlement moral* (p. 131-145). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2016.03.0131>
- Silveri, F. (2017). Peut-on compenser des conditions de travail nocives ? L'apport du modèle Exigences Ressources. *@GRH*, 24(3), 29-53. <https://doi.org/10.3917/grh.173.0029>
- Tanda-Soyer, N., Eymard, C., & Alderson, M. (2014). État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : Recherche et professionnalisation. *Recherche en soins infirmiers*, N° 116(1), 70-80. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0070>
- Tawse, J., & Demou, E. (2022). Qualitative study to explore UK medical students' and junior doctors' experiences of occupational stress and mental health during the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 12(12), e065639. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065639>
- Torki, A. (2022). Impact du Dossier Patient Informatisé sur la qualité des soins:L'expérience d'un centre hospitalier au Luxembourg. *Projectics / Proyética / Projectique*, HS, 57-79. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0057>
- Upenieks VV. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83–98. <https://doi.org/10.1097/00126450200304000-00002>
- Vandenbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 67(7), 546-554. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx126>
- Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B. [DOI: 10.57598/R325BS](https://doi.org/10.57598/R325BS).
- van den Oetelaar, W. F. J. M., Roelen, C. A. M., Grolman, W., Stellato, R. K., & Rhenen, W. van. (2021). Exploring the relation between modelled and perceived workload of nurses and related job demands, job resources and personal resources; a longitudinal study. *PLOS ONE*, 16(2), e0246658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246658>
- Yuan, Z., Wang, J., Feng, F., Jin, M., Xie, W., He, H., & Teng, M. (2023). The levels and related factors of mental workload among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 29(5) <https://doi.org/10.1111/ijn.13148>

Sites internet

Author-health. (2023, novembre 8). *Évolution et caractéristiques d'un séjour à l'hôpital. Vers une Belgique en bonne santé*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitauxgeneraux/activite/evolution-et-caracteristiques-dun-sejour-a-lhopital>

Définitions des soins infirmiers. (s. d.). ICN - International Council of Nurses. Consulté 19 avril 2024, à l'adresse <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers>

La situation du personnel infirmier dans le monde—2020. (s. d.). Consulté 7 décembre 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240003279>

Plan d'action national pour l'amélioration du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. *SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale*. Consulté le 12 avril 2024, à l'adresse <https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/news/PlandactionnationalBienetreautravail.pdf>

Protection des travailleurs : Santé et sécurité au travail. (s. d.). Consilium. Consulté le 13 octobre 2024, à l'adresse <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/protecting-workers/>

Risques psychosociaux au travail | SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (s. d.). Consulté 27 mars 2024, à l'adresse <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>

Risques psychosociaux (RPS). Conséquences pour le salarié et l'entreprise—Risques—INRS. (s. d.). Consulté 27 mars 2024, à l'adresse <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>

Risques psychosociaux (RPS) | Beswic. (s. d.). Consulté 12 avril 2024, à l'adresse <https://beswic.be/fr/themes/risques-psychosociaux-rps>

Un nouveau projet de loi prépare les professions infirmières pour l'avenir | Frank Vandenbroucke. (s. d.). Consulté 1 décembre 2024, à l'adresse <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/un-nouveau-projet-de-loi-pr-pare-les-professions-infirmi-res-pour-l-avenir>

