

DIETRICH Perrine

Promotion 2010-2013

**COMPRENDRE L'IMPACT DU STRESS
ORGANISATIONNEL SUR LA QUALITE DES SOINS
INFIRMIERS**

Mémoire de fin d'études rédigé en vue de valider les

UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAUX CIVILS DE COLMAR
39, avenue de la Liberté
68024 COLMAR CEDEX**

Sommaire

Introduction

Problématique et question de recherche

1. Cadre de référence

1.1. *Le concept de stress*

- 1.1.1. Historique et découverte du phénomène de stress
- 1.1.2. Définitions
- 1.1.3. Le mécanisme physiopathologique du stress
- 1.1.4. Les indicateurs de stress
- 1.1.5. L'organisation comme source de stress pour les soignants

1.2. *Le concept de qualité des soins*

- 1.2.1. Essai de définition
- 1.2.2. Les différents types de qualité
- 1.2.3. Les enjeux pour l'hôpital

1.3. *Le prélèvement sanguin veineux*

- 1.3.1. Définition et indications
- 1.3.2. Les enjeux d'un prélèvement sanguin veineux de qualité

2. Méthodologie de la recherche

2.1. *Objectifs de la recherche et intérêt pour la profession*

2.2. *Présentation du terrain d'étude*

2.3. *Critères d'inclusion et d'exclusion*

2.4. *Outils d'enquête*

2.5. *Déroulement de l'enquête*

2.6. *Difficultés rencontrées*

3. Analyse des résultats

4. Synthèse des résultats

5. Proposition de solutions ou poursuite de l'exploration

Conclusion

Références bibliographiques

Table des annexes

Table des matières

Introduction

Dès le début de ma formation, j'ai attaché une grande importance à la qualité des soins que je prodiguais, veillant à respecter scrupuleusement les protocoles. Cependant, j'ai compris au fil des enseignements théoriques et des différents stages, que la qualité d'un soin ne se résumait pas en la pure application d'un protocole, mais comprenait d'autres critères importants tant pour le soignant que pour le patient, en fonction de leurs valeurs personnelles, de leur histoire, et de leurs besoins.

A l'heure où les patients sont considérés comme des « clients » qui payent pour avoir droit à des prestations, la qualité devient un concept central dans la prise en charge. Un enseignement portant sur la qualité des soins et l'analyse de la pratique professionnelle est d'ailleurs dispensé durant le semestre 6, preuve que l'infirmière doit constamment analyser et réajuster sa pratique pour parvenir à une qualité optimale pour le patient. L'analyse de la pratique professionnelle est également une compétence qui doit être validée durant la formation pour prétendre à l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier. Or, dans notre pratique courante, plusieurs choses peuvent faire obstacle à cette qualité, tels qu'une insuffisance d'effectifs, des locaux inadaptés, un manque de moyens, ... ou encore le stress des soignant, à l'origine de nombreux problèmes tant sur le plan humain que sur les plan social ou économique.

Au travers de ce mémoire de fin d'études, j'ai souhaité mettre en exergue l'impact que peut avoir le stress des infirmiers sur la qualité d'un soin. J'ai voulu développer les caractéristiques du stress, et en particulier du stress organisationnel. J'ai également souhaité travailler les différents aspects de la qualité que je vous détaillerai au fur et à mesure dans mon cadre conceptuel. Pour ce faire, je suis partie d'une situation vécue en stage, qui m'a fait prendre conscience que le stress était présent au quotidien pour les soignants, et m'a amenée à m'interroger sur les conséquences que pouvait avoir ce stress dans la pratique infirmière, en particulier auprès des patients.

Dans un premier temps, j'exposerai ma problématique et la démarche qui m'a amenée à me poser une question de recherche. Ensuite, je développerai les concepts de stress et de qualité des soins, ainsi que quelques notions sur le prélèvement sanguin veineux puisque c'est sur ce soin précis que j'ai choisi de cibler ma recherche. Puis j'expliquerai les étapes de ma recherche, et l'analyse réalisée en lien avec mon cadre conceptuel. Enfin, j'expliquerai les difficultés auxquelles j'ai dû faire face dans la réalisation de ce travail, et les réajustements que j'ai dû apporter. Pour terminer, j'exposerai dans la partie finale les conclusions de ma recherche, ses limites mais aussi les poursuites qui pourraient lui être données.

Problématique et question de recherche

Le choix du thème de ce travail de fin d'études ne s'est pas imposé à moi naturellement au départ. En effet, mon intention première en lien avec une idée de projet professionnel était de travailler sur le rôle de l'infirmier dans la mise en place du lien d'attachement entre un prématuré et ses parents lors d'une hospitalisation en néonatalogie. Or mon affectation pour le stage de semestre 6, durant lequel je devais réaliser mon devis de recherche, n'a pas été la néonatalogie comme je l'aurais souhaité mais la traumatologie-orthopédie. J'ai donc dû revoir du tout au tout mon choix de thème. C'est ainsi que j'ai passé en revue mes deux premières années de formation à l'IFSI¹ à la recherche d'une situation qui m'aurait interpellée et aurait pu être un point de départ à ce mémoire.

M'est donc revenue à l'esprit une situation vécue lors d'un stage en première année de formation. J'en étais à ma deuxième ou troisième semaine de stage en EHPAD². J'arrivais pour l'après-midi et appris que l'un des résidents, dont l'état de santé se dégradait depuis plusieurs jours, était décédé dans la matinée. Tout à coup j'entendis dans les couloirs des cris, des éclats de rire, et vis plusieurs soignants de l'équipe du matin qui se livraient à une « bataille » de produit antiseptique. Sur le moment, j'ai trouvé cette réaction vraiment déplacée et très peu professionnelle, d'autant plus que cette scène a semblé troubler la tranquillité de certains résidents, qui regardaient les soignants d'un air perplexe. Mais lorsque j'ai reparlé de cette situation avec une IDE³, celle-ci m'a expliqué que les soignants avaient accumulé tellement de stress lié entre autres à l'attente du décès ou à l'angoisse du prochain contact avec la famille, que c'était pour eux un moyen d'évacuer la pression pour ne pas se laisser submerger par leurs émotions.

Cette situation m'a rappelé combien le stress était présent dans le quotidien des soignants, et m'a amenée à me poser plusieurs questions. Comment gérer ces situations difficiles ? Comment ne pas être dépassé par son stress ? Est-ce que cela se passe comme ça dans tous les services ? Est-ce que le stress s'atténue ou disparaît avec l'expérience ? Est-ce que ce stress gêne les soignants dans l'accomplissement de leur travail ? Comment allais-je faire pour ne pas perdre mes moyens dans une situation de stress ? Allais-je parvenir à toujours effectuer mon travail correctement ? Est-ce que les patients perçoivent ce stress ?

Au fur et à mesure des différents stages et temps de cours, j'ai pu observer bien d'autres situations de stress et tout autant de réactions différentes de la part des soignants. Certains disaient se sentir « boostés » lorsqu'ils travaillaient sous tension, d'autres au contraire ne parvenaient à rien quand ils se sentaient sous pression. J'ai été amenée à vivre moi-même de telles situations et j'ai pu constater que mes réactions n'étaient pas toujours les mêmes. En effet, ce stress pouvait parfois me servir de moteur, comme par exemple la veille d'un examen lorsqu'il s'agissait de retenir un maximum d'informations, ou au contraire me faire perdre tous mes moyens lorsque je me sentais dépassée.

¹ Lire Institut de Formation en Soins Infirmiers.

² Lire Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

³ Lire Infirmière Diplômée d'Etat.

J'ai donc voulu en savoir davantage sur le stress et sur les conséquences qu'il pouvait avoir. Sur les soignants tout d'abord, d'un point de vue physique et psychologique, mais également sur le vécu des patients tout particulièrement lors des soins infirmiers.

En effet, les soignants sous l'effet du stress sont-ils aussi disposés à dispenser des soins infirmiers ? Ces soins sont-ils d'une aussi bonne qualité que lorsque le soignant n'est pas stressé ? Ce stress peut-il avoir un impact positif sur la qualité des soins ? Est-ce que le patient perçoit le stress de l'infirmier ? Quel est le ressenti des infirmiers par rapport à ce stress ? Ont-ils appris à la gérer au quotidien ou est-ce un combat de tous les jours ?

J'ai aussi cherché à comprendre quelles étaient les différentes sources du stress chez les soignants, mais cette tâche s'est avérée fastidieuse. En effet, ce qui stressera un soignant ne stressera pas l'autre et inversement. Tout cela dépend de plusieurs facteurs et met en jeu des caractéristiques personnelles propres à chaque soignant.

Ces diverses interrogations m'ont amenée à me poser une question de départ :

« Le stress des soignants impacte-t-il la qualité des soins ? »

Les facteurs à l'origine du stress pouvant être multiples, j'ai choisi pour ce travail de fin d'études de cibler mes recherches sur le stress organisationnel et en particulier le stress lié à l'augmentation de la charge de travail.

Lors de mon enquête exploratoire, j'ai pu m'entretenir avec le cadre du service qui m'a expliqué que la charge de travail dans le service était plus élevée en fin de semaine qu'en début, et que cela pouvait poser des problèmes dans l'organisation. J'ai donc choisi d'exploiter cette information dans le cadre de ma recherche. Je me suis posé plusieurs questions par rapport à cette augmentation de la charge de travail : comment les soignants appréhendent-ils cette augmentation ? Une augmentation de la charge de travail entraîne-t-elle une diminution de la qualité des soins ? Les besoins des patients sont-ils aussi bien pris en compte lorsqu'il y a plus de travail ?

J'ai également décidé de cibler ce mémoire sur les infirmiers, puisque c'est ce métier auquel j'aspire. En effet, il me semblait judicieux de profiter de ce travail de fin d'études pour apprendre à me positionner en tant que tel, même si toutes les catégories de professionnels peuvent être soumises au stress en milieu hospitalier.

Ensuite, mes recherches préliminaires m'ont permis de découvrir les trois axes de la qualité, à savoir la qualité réelle, la qualité perçue par les soignants, et la qualité perçue par les patients.

Enfin, j'ai décidé de concentrer ma recherche sur un soin infirmier couramment réalisé, le prélèvement sanguin veineux, afin de faciliter mon étude sur le terrain.

Grâce à mes recherches théoriques, j'ai donc pu préciser ma question de départ pour aboutir à la question de recherche suivante :

« Dans quelles mesures le stress organisationnel en service de traumatologie-orthopédie impacte-t-il la qualité réelle d'un prélèvement sanguin veineux, ainsi que la qualité perçue par le patient et par l'infirmier préleveur ? »

1. Cadre de référence

1.1. Le concept de stress

1.1.1. Historique et découverte du phénomène de stress

Ce terme vient du latin « stringere » qui signifie « étreindre, serrer, resserrer, lier, pincer, serrer le cœur, blesser, offenser »⁴. Déjà utilisé dans la langue anglaise depuis le XVII^e siècle⁵ pour désigner le malheur, les difficultés et les afflictions, le mot « stress » change de sens à partir du XVIII^e siècle pour être utilisé en sciences physiques, où il désigne une force, une pression, une tension appliquée à un objet (notamment les métaux), qu'il a la capacité de déformer⁶.

C'est à partir du XIX^e siècle que l'on commence à étudier le phénomène de stress dans le monde animal. Claude Bernard puis Hans Selye (médecin canadien et pionnier de la recherche sur le stress⁷) ont réalisé diverses observations sur les animaux confrontés à des facteurs stressants. Ces études ont montré que quel que soit le facteur stressant, les réactions des animaux étaient assez semblables. D'ailleurs en 1936, Hans Selye décrit, à partir de ces recherches, la réaction de l'organisme face au stress sous le nom de Syndrome Général d'Adaptation⁸ (ce phénomène sera développé dans la partie « 1.1.3. Le mécanisme physiopathologique du stress »).

1.1.2. Définitions

1.1.2.1. Le stress, les stressseurs

Selon le Larousse, le stress est « ... l'état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque »⁹. Par extension, le mot « stress » désigne également l'agression en elle-même. L'utilisation du mot « agression » fait ressortir la composante négative du stress. Or nous verrons plus tard que le stress peut aussi être de nature positive.

C'est pourquoi la définition proposée par Soly Bensabat me paraît plus appropriée. D'après lui, le stress est « ... le résultat de toute demande imposée au corps, que l'effet soit mental ou somatique »¹⁰. C'est donc la réaction non spécifique de l'organisme à un stimulus de nature variable (également appelé stressseur¹¹ ou agent stressant),

⁴ STORA Jean-Benjamin. *Le stress*. 5^e éd. Paris : Puf, 2002. (Que sais-je ?). p. 7

⁵ BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre. *Les soignants face au stress*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. (Pratiquer). p. 35

⁶ STORA Jean-Benjamin, *op. cit.*, 7

⁷ Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Qu'est ce que le stress ? In *Centre d'Etudes sur le Stress Humain* [en ligne]. [Consulté le 22 décembre 2012]. Disponible sur <www.stresshumain.ca>

⁸ BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre, *op. cit.*, 36

⁹ Editions Larousse. *Larousse : encyclopédie collaborative et dictionnaires gratuits en ligne* [en ligne]. [Consulté le 24 septembre 2012]. Disponible sur <www.larousse.fr/stress>

¹⁰ BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre, *op. cit.*, 36

¹¹ PRONOST Anne-Marie. Stress. In FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana (Dir). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil, 2009. p. 264

dans le but de lutter contre la perturbation entraînée par ce stimulus et de s'y adapter. Cette définition précise que la réaction de l'organisme peut toucher aussi bien l'aspect psychologique que l'aspect physique de la personne (cette notion sera approfondie ultérieurement).

On distingue deux catégories de stimuli¹² (ou stressseurs) qui sont les stressseurs physiques (un coup, une douleur, mais aussi une caresse, un baiser, ou une stimulation d'origine sensorielle telle que le froid, le bruit,...) et les stressseurs psychologiques (une contrainte, une anxiété, une injustice, un décès ou encore une émotion comme une peur, un coup de foudre ou une joie,...).

Hans Selye a utilisé la comparaison suivante pour décrire cette réaction non spécifique : « Notre cerveau est comme une banque munie d'un système d'alarme et reliée à un poste de police. Quel que soit le mode d'effraction pour pénétrer dans cette banque, l'alarme est déclenchée et entraîne l'intervention de la police »¹³. Cette comparaison à un exemple concret simplifie la compréhension du phénomène de stress. En effet, l'effraction représente ici la stimulation, tandis que la réaction de l'organisme à celle-ci est matérialisée par le déclenchement de l'alarme et l'intervention de la police suite à l'effraction.

1.1.2.2. Le stress positif et le stress négatif

La plupart du temps, en pensant au stress, on en voit le côté négatif. Or il existe également un stress positif.

En fait, le stress positif correspond aux réactions normales de l'organisme, en vue de s'adapter à la perturbation. Ce sont les réactions que l'on peut retrouver au quotidien. Car en effet nous avons besoin, pour vivre, d'un niveau minimal de stress. Ce stress peut être apporté par des objectifs que l'on se fixe, des changements que l'on s'impose, des défis réalisables que l'on se lance. C'est lui qui va nous permettre de mobiliser toutes nos ressources, qui va nous motiver et améliorer nos performances. Cette énergie positive est appelée Eustress¹⁴.

Cependant, nous ne sommes pas toujours soumis à un stress programmé ou recherché. En effet, certaines situations où l'on se sent menacé ou démuné, dépourvu de ressources appropriées pour y répondre peuvent induire des réactions inadéquates ou inadaptées de la part de l'organisme, qui pourront entraîner la diminution des performances. C'est ce qu'on nomme stress négatif, ou Distress¹⁵.

Selye disait que « le stress, c'est la vie »¹⁶. On peut en effet dire que le stress est indispensable à la vie puisqu'il nous permet de mobiliser nos ressources et d'améliorer nos performances. A condition cependant de ne pas être trop intense, car cela entraînerait des réactions inadaptées de la part de l'organisme et produirait l'effet inverse, à savoir la diminution de nos performances.

¹² Institut universitaire en santé mentale de Montréal, *op. cit.*

¹³ BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre, *op. cit.*, 36

¹⁴ JOSSE Evelyne. Le stress : quelques repères notionnels [en ligne – PDF]. La Hulpe : Evelyne Josse, 2007 [consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.resilience-psy.com/spip.php?rubrique27>

¹⁵ *Ibid*

¹⁶ Société Française de Prévention et de Gestion du Stress. Stress. In *SFGS* [en ligne]. [Consulté le 18 octobre 2012]. Disponible sur <www.sf-gestiondustress.com/stress.htm>

Evelyne Josse, psychologue, utilise une métaphore intéressante pour illustrer ce juste équilibre :

Le stress peut être comparé à la marche. Sans même que nous nous en apercevions, lorsque nous marchons, nous sommes alternativement en déséquilibre d'un pied sur l'autre. De la même façon, nous vivons des moments de stress lorsqu'un changement significatif intervient dans ce qui constitue notre stabilité quotidienne. A faible dose, ce stress est positif car sans ce petit déséquilibre, nous ne pourrions pas avancer. Mais s'il devient trop intense ou trop répétitif, nous risquons de trébucher, de tomber et de nous blesser¹⁷.

1.1.3. Le mécanisme physiopathologique du stress

1.1.3.1. Le Syndrome Général d'Adaptation

Le Syndrome Général d'Adaptation est le terme qu'a utilisé Hans Selye en 1935¹⁸ pour décrire la réaction du corps humain face au stress. Ce phénomène évolutif se décompose en trois phases :

- Phase n°1 ou réaction d'alarme : c'est la réaction immédiate que va mettre en œuvre l'organisme soit pour fuir, soit pour lutter contre le stressor dans le but d'assurer sa survie. Toute l'énergie de l'être humain va alors être mobilisée à cette fin, au dépend d'autres systèmes tels que le système immunitaire¹⁹ par exemple. C'est pour cette raison que nous sommes plus sujets aux maladies lorsque nous sommes stressés.
- Phase n°2 ou phase de résistance : lorsque la phase d'alarme persiste, l'organisme va s'adapter par la mise en œuvre de mécanismes d'autorégulation (modifications sanguines, hormonales et biochimiques). Comme l'explique Françoise Boissières, la phase de résistance « c'est le stress qui use²⁰ ». En effet l'organisme, afin de s'adapter au stress et de maintenir son équilibre intérieur ou homéostasie²¹, continue de vouer toute son énergie à cette adaptation au dépend des autres fonctions. Elle illustre ce phénomène en comparant l'organisme à un moteur en surchauffe. Les fonctions naturelles s'emballent, induisant ainsi la souffrance des organes et l'apparition de symptômes (tels des lésions à l'estomac, une sensibilité accrue aux infections, des problèmes dermatologiques, ...).
- Phase n°3 ou phase d'épuisement : c'est la phase qui survient après une exposition prolongée au stress. La résistance de l'organisme va diminuer puis finalement céder. L'individu sera épuisé, à bout physiquement et psychologiquement. Toujours d'après Françoise Boissières, cette phase correspond au « ... stress qui tue [...]

¹⁷ JOSSE Evelyne, *op. cit.*

¹⁸ Institut National de Recherche et de Sécurité. Mécanismes du stress au travail. In *Santé et sécurité au travail* [en ligne]. Mis en ligne le 16 septembre 2011. [Consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/stress/mecanisme.html>

¹⁹ Institut universitaire en santé mentale de Montréal, *op. cit.*

²⁰ BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre, *op. cit.*, 36

²¹ STORA Jean-Benjamin, *op. cit.*, 83

C'est la phase terminale de la lutte que l'homme engage contre le stress²² ». C'est durant cette phase que vont survenir des problèmes de santé majeurs (maladies graves, cachexie terminale, ...) qui pourront à l'extrême entraîner la mort de l'individu²³.

En fait, il est moins dangereux pour l'être humain de subir un gros coup de stress qui sera ponctuel, que d'être soumis quotidiennement à de petits stress incessants, qui vont user petit à petit.

1.1.3.2. Les mécanismes hormonaux du stress

Nous avons vu dans le Syndrome Général d'Adaptation que l'organisme mettait en œuvre une cascade de mécanismes hormonaux pour s'adapter au stress. Quatre systèmes travaillent en interaction constante²⁴ :

- L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, constitué comme son nom l'indique de l'hypothalamus (une région du cerveau), de l'hypophyse (glande hormonale attachée à l'hypothalamus), et des deux glandes surrénales.
- Les systèmes nerveux sympathique et parasympathique.
- Le système immunitaire.
- Le cerveau.

Premièrement, le cerveau va interpréter le facteur stressant. C'est lui qui va déclencher l'alarme et entraîner l'activation du système nerveux sympathique. Cette activation va entraîner la libération de la noradrénaline et stimuler la production d'adrénaline par les glandes surrénales. Ces deux hormones complémentaires également appelées catécholamines vont agir sur plusieurs organes et induire des réactions rapides dans le but de préparer l'organisme à la lutte contre l'évènement stressant : le débit cardiaque va s'élever, la pression artérielle va augmenter, le rythme respiratoire va augmenter, le foie va être sollicité pour activer la formation de glucose à partir des stocks énergétiques, la tension dans les muscles va augmenter, la digestion va être ralentie ... Ces hormones vont aussi mettre le cerveau dans un état de vigilance accrue.

Si l'évènement stressant perdure, l'organisme va entrer dans la phase de résistance. C'est là que le cerveau va mettre en action l'axe HHS²⁵. L'hypothalamus va produire de la corticolibérine ou CRH, qui va induire la synthèse de plusieurs hormones au niveau de l'hypophyse, dont la corticostimuline (ACTH). La corticostimuline va provoquer la libération de glucocorticoïdes (dont le cortisol), par les glandes surrénales. Ces glucocorticoïdes sont appelés « hormones de stress » et stimulent la synthèse de glucose à partir des réserves énergétiques de l'organisme, ainsi que son absorption par les cellules.

²² BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre, *op. cit.*, 37

²³ STORA Jean-Benjamin, *op. cit.*, 83

²⁴ THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole. *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion, 2003 [cité par DEMARTHON Fabrice. Anatomie du stress. *CNRS Le Journal* [en ligne], septembre 2007, n°212, [consulté le 1^{er} novembre 2012]. Disponible sur < www2.cnrs.fr/journal/3541.htm>]

²⁵ Lire axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Toutes ces hormones sont capables de limiter leur propre production pour éviter un « emballement de la machine²⁶ ». On parle de rétrocontrôle. Mais ces différents systèmes peuvent également finir par s'épuiser à force d'être sollicités. C'est ce qui se produit lorsque le stress dure et que l'organisme entre dans la phase d'épuisement.

1.1.4. Les indicateurs de stress

Comme dit précédemment, le stress peut déformer les objets tels que les métaux. Par analogie, il entraîne à long terme chez les êtres humains soumis à des tensions des maladies somatiques et/ou mentales, des troubles somatiques, physiologiques, et psychologiques (comportementaux, intellectuels, émotionnels). Ces différents signes sont également appelés indicateurs de stress. Leur nature ainsi que leur intensité varient d'une personne à l'autre. En effet chaque individu réagit différemment au stress. C'est pourquoi il est difficile d'en établir une liste exhaustive. Cependant, les principaux indicateurs de stress que l'on peut retrouver sont les suivants²⁷ :

- Au niveau somatique, on retrouve des troubles musculo-squelettiques occasionnant douleurs et tensions musculaires, des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées ou encore douleurs gastriques et intestinales témoignant de la présence d'un ulcère gastro-duodéal). On peut aussi retrouver des troubles touchant la respiration : difficultés à respirer, douleurs dans la cage thoracique ou encore crises d'asthme. Les maux de tête sont également fréquemment rapportés. Enfin, le soignant peut aussi rencontrer des problèmes cutanés tels que des démangeaisons, érythèmes, chutes de cheveux ou eczéma.
- Concernant les troubles physiologiques, on peut noter que le stress est souvent source de fatigue, de lassitude et de troubles du sommeil : insomnie, ou besoin de beaucoup dormir. Des troubles de l'appétit peuvent aussi survenir (tendance à grignoter ou au contraire anorexie). On retrouve aussi des troubles de la sexualité, tels que diminution du désir, impuissance, frigidité ou au contraire hypersexualité. Enfin, le soignant pourra être plus sensible aux infections puisque le stress est susceptible d'entraîner une diminution de l'efficacité de l'action du système immunitaire.
- Sur le plan émotionnel et le plan comportemental, le soignant stressé peut ressentir une baisse de confiance en lui qui lui fera porter des jugements dévalorisants sur lui-même. Il pourra parallèlement avoir moins confiance en l'autre (collègues, médecins, entourage,...). Il peut se sentir démotivé, inerte, et n'avoir plus d'intérêt pour rien. Il peut devenir hyperémotif et passer très rapidement du rire aux larmes, en alternance avec des épisodes de peur et de tristesse. Il peut devenir irritable, impatient et susceptible, ce qui entraîne un risque important de conflits. Le soignant stressé peut être sujet à des explosions de colère, ou à de l'inquiétude et de la nervosité pouvant aboutir à des crises d'angoisse et de panique. De plus, le soignant se sent coupable de la situation. En plus de ces perturbations émotionnelles, on peut retrouver dans son comportement des maladresses, bégaiements, accidents et actes manqués. Le soignant peut également souffrir d'une hyperactivité, de logorrhées, de tics ou

²⁶ THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole, *op. cit.*

²⁷ CARILLO Claudine, en partenariat avec la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. La gestion du stress au travail. *Soins*, 2011. Hors série. p.2

d'onychophagie (se ronger les ongles). Il pourra commettre des imprudences, se disperser. Le stress peut aussi accroître la consommation d'excitants tels que le café, le tabac, et l'alcool, et la consommation de médicaments.

Les diverses perturbations auxquelles le soignant stressé peut être soumis sont à l'origine d'une augmentation des accidents du travail, de l'absentéisme et des arrêts de travail pour maladie. Les conséquences du stress ont donc un impact non seulement sur l'état de santé des soignants, mais aussi un impact économique important. En effet, Selon le Bureau International du Travail, le stress en France coûterait 3 à 4 % du PIB²⁸, soit 51 à 60 Milliards d'euros par an²⁹.

1.1.5. L'organisation comme source de stress pour les soignants

« Le mot stress décrit le mieux la façon dont la plupart des gens vivent leur travail ». C'est ce qu'estiment 75% des Français, selon un sondage de TNS Sofres en 2007³⁰. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ce stress, mais j'ai choisi de cibler ce mémoire sur l'organisation du travail qui est étroitement liée aux conditions de travail.

Selon Aubert et Pagès, le stress organisationnel est « une perturbation de l'individu pouvant être liée à sa situation dans l'organisation ou à une modification de celle-ci, requérant l'adaptation de l'individu à des demandes nouvelles [...] elle se traduit par des tensions psychiques, accompagnées ou non de troubles organiques »³¹. Plusieurs auteurs ont mis en évidence différentes composantes de l'organisation et des conditions du travail pouvant être source de stress : l'ambiguïté et le conflit de rôle, la responsabilité, les relations au travail, la charge de travail.

On parle d'ambiguïté des rôles lorsqu'un individu emprunte, de gré ou de force, une fonction ou un statut qui n'est pas le sien habituellement³². Sa formation est alors inadaptée, les tâches qu'il doit accomplir ainsi que ses objectifs et l'étendue de son travail ne sont pas clairement définis³³. Parfois, cette situation peut plaire à l'individu qui se sentira valorisé par une fonction qu'il trouve plus gratifiante que la sienne. Mais elle peut aussi être source d'angoisse ou de stress pour une personne qui ne l'a pas choisie. Le conflit du rôle survient lorsqu'une personne, dans un rôle pourtant déterminé, se sent tiraillée par des demandes différentes des tâches qui lui sont propres ou réalise des actes contre son gré (soit parce qu'elle ne le veut pas, soit parce qu'elle considère que ces actes ne sont pas de son ressort)³⁴. Les individus qui souffrent de cette absence de clarté dans leur rôle et dans la définition de leurs tâches sont souvent peu satisfaits de leur activité professionnelle. Ils éprouvent des tensions croissantes liées à leur travail, et ont souvent le sentiment que leur travail a peu d'importance. Cela peut conduire à une perte de l'estime de soi³⁵.

²⁸ Lire Produit Intérieur Brut. Le PIB est un indicateur économique de la richesse produite dans un pays.

²⁹ Société Française de Prévention et de Gestion du Stress, *op. cit.*

³⁰ *Ibid*

³¹ ESTRYN-BEHAR Madeleine. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Estem, 1997. p. 26

³² MAURANGES Aline. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. 4^{ème} éd. Montargis : Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social, 2011. p. 127

³³ ESTRYN-BEHAR Madeleine, *op. cit.*, 29

³⁴ *Ibid*

³⁵ STORA Jean-Benjamin, *op. cit.*, 19

L'exercice de la responsabilité au travail est aussi un facteur stressant. Elle l'est d'autant plus pour les soignants, car la responsabilité vis-à-vis des personnes est plus stressante³⁶ que la responsabilité vis-à-vis des choses, des objets. En effet, une erreur ou un oubli de la part du soignant peut avoir des conséquences sur l'état de santé du patient, voire même sur sa vie, tandis qu'une erreur concernant un objet peut être plus facilement réparable. De plus, on note que les infirmiers, en plus d'être personnellement responsables des actes professionnels qu'ils sont habilités à effectuer, sont également responsables des actes qu'ils assurent avec la collaboration d'aides-soignantes ou d'auxiliaires de puériculture. C'est ce que dit l'article R4312-14 du Code de la Santé Publique³⁷. De ce fait, même si l'aide-soignant réalise par exemple un soin de nursing en autonomie, l'infirmier en reste responsable. Par rapport à l'exercice de la responsabilité, on peut aussi retrouver chez l'individu une frustration liée au manque de responsabilités ou à une participation insuffisante aux décisions.

Le stress lié à l'organisation du travail peut aussi trouver sa source dans les relations entre individus. Ces relations peuvent poser problème à différents niveaux. On peut trouver premièrement des relations conflictuelles avec sa hiérarchie du fait de la complexité des rapports de subordination, accompagnées d'un sentiment de manque de soutien. On retrouve ensuite des conflits entre collègues, qu'il s'agisse de médecins, des autres infirmiers ou d'autres membres de l'équipe. Enfin, les relations peuvent être difficiles avec les patients à cause de différences de culture, de traits de caractère ou encore de la pression de l'entourage du malade.

Enfin, un autre facteur de stress organisationnel réside dans la charge de travail. L'infirmier en service hospitalier qui doit gérer un secteur de soin se doit d'assurer son rôle en collaboration. L'ensemble des actes relevant de ce rôle sur prescription sont retrouvés dans l'article R4311-7 du Code de la Santé publique³⁸. A ce rôle en collaboration s'ajoutent tous les actes du rôle propre de l'IDE, c'est-à-dire « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes³⁹ » d'après l'article R4311-3 du Code de la Santé Publique. Ces soins sont cités dans l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique⁴⁰. Il incombe également à l'IDE un ensemble de tâches administratives. Tous ces éléments constituent le quotidien des infirmiers en service de soin. La charge de travail varie selon le nombre de patients hospitalisés, le planning opératoire, leur motif d'hospitalisation, les pathologies adjacentes qu'ils présentent, ...

Comme le dit Patricia Benner, « cette profession est très éprouvante et entraîne des stress même lorsque les circonstances sont idéales ; mais quand elles doivent subir des stress supplémentaires, les infirmières doivent changer du tout au tout leurs performances et les stratégies qui leur permettent de faire face »⁴¹. Ces stress supplémentaires peuvent être occasionnés notamment par l'interruption des tâches, c'est-à-dire que le soignant va être dérangé pendant un acte de soin, pour diverses raisons qui peuvent être un coup de téléphone, une sonnette, une question d'un collègue, d'un étudiant, ... Il ne pourra alors pas se concentrer sur ce soin, ce qui « n'est pas sans

³⁶ ESTRYN-BEHAR Madeleine, *op. cit.*, 29

³⁷ Ministère de la santé et de la protection sociale. *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession*. [s.l.] : Berger – Levraut, 2010. p. 187

³⁸ *Ibid*, 163-164

³⁹ *Ibid*, 161

⁴⁰ *Ibid*, 162

⁴¹ BENNER Patricia. *De novice à expert*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2003. p.139

conséquences sur les risques sécuritaires et la pénibilité du travail »⁴², comme le soutient Aline Mauranges. En effet, le risque d'erreur lorsque l'on est interrompu dans sa tâche est élevé. On peut souvent l'observer en service lors de la préparation des médicaments. Ces stress supplémentaires peuvent aussi être liés à des changements dans l'organisation du travail, comme par exemple la mise en place d'un nouveau protocole ou encore un changement dans les horaires de travail.

Nous avons ainsi mis en avant plusieurs éléments relatifs aux conditions et à l'organisation du travail pouvant être facteur de stress pour le soignant. Or, ces conditions de travail sont importantes non seulement pour préserver le soignant, mais aussi parce que ce sont elles qui déterminent la qualité du service rendu aux patients⁴³. Cette idée nous permet d'introduire le prochain concept, à savoir le concept de qualité des soins.

1.2. Le concept de qualité des soins

1.2.1. Essai de définition

D'après Alexandra Giraud, « ... comme tout ce qui relève de l'essence, la qualité est une notion évasive, difficile à définir et qui varie dans le temps, dans l'espace, ainsi que suivant les personnes et les points de vue [...]. A un endroit donné, la qualité d'un même épisode de soin pourra être appréciée très différemment suivant qu'il s'agit d'un médecin ou du malade »⁴⁴. Cette citation illustre la difficulté à définir objectivement la qualité des soins, puisque cette notion dépend d'une multitude de facteurs tels que le lieu, l'époque, la culture, le statut social ou les valeurs personnelles de l'individu.

Selon l'OMS⁴⁵, la qualité des soins se définit comme la capacité de « ... garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains ... »⁴⁶. Ainsi, la qualité des soins telle que la définit l'OMS prend en compte l'accessibilité à un ensemble de soins en adéquation avec les connaissances scientifiques du moment.

D'ailleurs, d'après l'article R4312-10 du Code de la Santé Publique, « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses

⁴² MAURANGES Aline, *op. cit.*, 131

⁴³ ESTRYN-BEHAR Madeleine, NEGRI Jean-François, LE NEZET Olivier. Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit Déontologie et Soins*, septembre 2007, volume 7, n°3, p.308

⁴⁴ GIRAUD Alexandra. Origine et définition de l'évaluation en médecine. In KOVESS Vivianne (Dir.). *Evaluation de la qualité en psychiatrie*. Paris : Economica, 1994 [cité par HESBEEN Walter. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. 2^e éd. Paris : Masson, 2003. p. 50]

⁴⁵ Lire Organisation Mondiale de la Santé

⁴⁶ Haute Autorité de Santé. *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins* [en ligne – PDF]. Saint-Denis-La Plaine : Haute Autorité de Santé, 2012 [consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.has-sante.fr>

connaissances professionnelles⁴⁷ », pour que sa pratique soit en accord avec ces connaissances scientifiques actuelles.

La définition de l’OMS met en avant la notion de résultat, et même de meilleur résultat en termes de santé, tout en insistant sur la réduction des risques iatrogéniques (liés aux soins) au minimum. Mais la notion de « meilleur résultat » reste subjective et n’aura peut être pas la même signification pour le patient que pour le médecin. De plus, cette définition insiste sur le principe d’économie. Enfin, elle tient compte de la satisfaction du patient sur différents points : les procédures, les résultats, et en dernier lieu les contacts humains.

Dans sa définition de la qualité des soins, l’Institut de Médecine des Etats-Unis ne parle pas d’assurer le meilleur résultat en termes de santé, mais « ... d’augmenter la probabilité d’atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »⁴⁸. D’après cette définition, des soins de qualité ne viseraient pas forcément à assurer un résultat mais à mettre en œuvre des moyens pour augmenter les chances de parvenir à ce résultat. Ainsi, même si le résultat escompté n’est pas atteint, cela ne remet pas forcément en cause la qualité des soins prodigués. De plus, parler de « résultats de santé souhaités » insiste sur la prise en compte des attentes du patient.

Par contre, il n’est question dans aucune de ces deux définitions des aptitudes du soignant. Or, les attitudes et aptitudes du soignant intervenant auprès d’un patient me paraissent être des déterminants essentiels à la qualité du soin. Walter Hesbeen soutient que « la qualité du soin est ainsi chaque fois relative à la situation vécue par des personnes qui se rencontrent et cheminent ensemble, les unes étant soignées et les autres soignantes »⁴⁹. Cette phrase marque la relation entre qualité des soins et interaction entre ces deux entités, les patients et les soignants.

Ce même auteur propose un essai de définition qui me paraît être une synthèse cohérente des divers éléments que j’ai cités ci-dessus :

Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage [...] Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s’inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés⁵⁰.

Dispenser des soins de qualité aussi bien technique que relationnelle fait partie des obligations de l’infirmier. En effet, comme le stipule l’article R4311-2 du Code de la Santé Publique, « les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade⁵¹ ».

⁴⁷ Ministère de la santé et de la protection sociale, *op. cit.*, p. 186

⁴⁸ Haute Autorité de Santé, *op. cit.*

⁴⁹ HESBEEN Walter, *op.cit.*, 167

⁵⁰ *Ibid*, 55

⁵¹ Ministère de la santé et de la protection sociale, *op. cit.* , p. 161

L'accès égal à des soins de qualité doit être garanti à toute personne hospitalisée. C'est ce que dit l'article L6112-3 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi HPST⁵² : « L'établissement de santé [...] garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces [...] l'égal accès à des soins de qualité ... »⁵³.

1.2.2. Les différents types de qualité

1.2.2.1. La qualité réelle du soin

La qualité réelle du soin infirmier se définit par une qualité objectivée. C'est-à-dire qu'elle fait référence à des données scientifiques, des protocoles, des recommandations, ou encore des chemins cliniques ou plans de soins guide⁵⁴. Actuellement, on estime qu'« environ 30% des patients ne reçoivent pas des soins en accord avec les recommandations »⁵⁵.

Il existe différents critères servant à évaluer la qualité réelle d'un soin infirmier. J'ai choisi de me baser sur ceux qui nous ont été enseignés à l'IFSI, à savoir l'organisation, la sécurité, l'ergonomie, l'économie et l'efficacité du soin⁵⁶.

D'après le dictionnaire Larousse, organiser veut dire « préparer quelque chose dans ses détails, le combiner et en coordonner les divers éléments ». C'est aussi « s'occuper de chacun des éléments d'un ensemble de façon à constituer un tout cohérent... »⁵⁷. L'organisation d'un soin infirmier consiste d'une part en la planification du soin selon les contraintes de temps, les interventions des autres professionnels, l'état de santé du patient, les autres soins que l'on doit réaliser, ... D'autre part, il s'agit d'organiser son plan de travail, de préparer son matériel de façon à faciliter le déroulement du soin. L'organisation réside aussi dans l'enchaînement des différentes étapes du soin.

Par « sécurité », on entend sécurité physique et psychologique. Réaliser un soin en sécurité, c'est éviter l'exposition du patient ou du soignant à quelconque risque ou danger pouvant nuire à son état de santé physique ou mental. Ce critère met en jeu plusieurs éléments tels que l'hygiène, l'installation du patient, la protection du soignant voire du patient, la disposition du matériel, ...

⁵² Lire Hôpital Patient Santé Territoire.

⁵³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel* [en ligne] du 22 juillet 2009. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

⁵⁴ MOREL Marie-Agnès. Qualité des soins. In FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana (Dir). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil, 2009. p. 232

⁵⁵ FREPPEL Fabrice, IDOUX Bernard. *La qualité des soins : l'évaluation des pratiques professionnelles*. Cours magistral. IFSI Colmar : 28 janvier 2012.

⁵⁶ FRIEH Christian (Dir.). *Série de travaux dirigés : soins de confort et de bien-être*. IFSI Colmar : septembre 2010.

⁵⁷ Editions Larousse. *Larousse : encyclopédie collaborative et dictionnaires gratuits en ligne* [en ligne]. [Consulté le 11 janvier 2013]. Disponible sur <www.larousse.fr/organiser>

« L'ergonomie consiste à adapter le travail, les outils et l'environnement à l'homme (et non l'inverse)⁵⁸ ». Dans le cadre d'un soin infirmier, l'ergonomie consiste prioritairement en l'aménagement de l'environnement de façon à améliorer les conditions de travail pour l'infirmier. Le mobilier et les outils de travail à l'hôpital vont en ce sens : lit réglable en hauteur, mobile, à dossier inclinable, chariot roulant, ... Au soignant de prendre le temps d'aménager cet environnement de la façon qui lui convient le mieux. L'ergonomie est également un des éléments qui permet de satisfaire au critère de sécurité puisque son but est de prévenir les accidents liés à de mauvais gestes ou postures.

Le critère d'économie concerne le temps, les gestes et le matériel. Il s'agit de réaliser le soin en un minimum de temps pour le même résultat, de ne pas réaliser de gestes superflus (ce qui sera permis grâce à une bonne organisation et à une ergonomie optimale), et d'utiliser la quantité adéquate de matériel, c'est-à-dire de choisir d'une part les bons conditionnements (par exemple, des compresses emballées par deux ou par cinq), et d'autre part de n'emporter que le strict nécessaire dans la chambre du patient, afin de ne pas avoir à jeter inutilement du matériel.

Enfin, on parle d'efficacité lorsque l'on parvient, grâce à une action, à obtenir l'effet que l'on souhaite. On peut donc dire qu'un soin infirmier est efficace lorsque l'effet attendu est atteint grâce à la réalisation de ce soin. Par exemple, un pansement aura été efficace si la plaie est propre suite à sa réalisation.

1.2.2.2. La qualité du soin perçue par le patient

D'après Marie-Agnès Morel, la qualité perçue par le patient se base sur son ressenti. Elle est fonction de sa propre histoire et de celle de sa maladie, de ses représentations, de sa culture. Au-delà de la qualité de la prestation, elle tient également compte de la qualité des relations avec le soignant ou l'équipe⁵⁹. Seul le patient peut l'évaluer puisque elle est subjective. Cette évaluation se basera sur des critères qu'il aura établis au cours de ses expériences, selon son vécu, ses besoins et ses valeurs.

Comme le stipule l'article 11 de la Charte de la Personne Hospitalisée, « la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins ... »⁶⁰. Le patient a le droit de donner son avis concernant cette qualité perçue. Il a la possibilité de le faire par le biais du questionnaire de sortie, mais aussi directement auprès du représentant légal de l'établissement de santé.

⁵⁸ DODEMAN Jean-Charles. *Action-ergo* [en ligne]. [Consulté le 11 janvier 2013]. Disponible sur <www.action-ergo.fr/Ergonomie-definition.html>

⁵⁹ MOREL Marie-Agnès, *op. cit.*, 232-233

⁶⁰ Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. *Bulletin Officiel* [en ligne] n°2006-4. Disponible sur <www.sante-gouv.fr>

1.2.2.3. La qualité du soin perçue par le soignant

La qualité du soin perçue par le soignant se base également sur le ressenti de celui-ci. C'est donc une notion subjective qu'il va évaluer en tenant compte de ses valeurs professionnelles et personnelles, de sa propre histoire, de sa culture, de ses représentations. De plus, elle dépendra de la formation dont le soignant a bénéficié et de ses expériences professionnelles antérieures. Cette perception du soin est propre à chaque soignant : certains placeront au premier plan la qualité réelle du soin, d'autres privilégieront la qualité de la relation avec le patient lors du soin. Cependant, quels que soient les critères de cette qualité perçue, plus de la moitié des IDE estiment ne pas pouvoir dispenser les soins de façon adéquate⁶¹.

1.2.3. Les enjeux pour l'hôpital

Même si l'objet de ce mémoire n'est pas de mesurer les conséquences d'un manquement dans la qualité des soins, il me paraît intéressant d'aborder ce sujet pour comprendre à quel point la qualité des soins est essentielle dans la pratique infirmière. En effet, la lutte contre la non-qualité et l'amélioration de la qualité présentent de nombreux enjeux pour les établissements hospitaliers.

Tout d'abord, il est important de relever le coût engendré par les défaillances dans la qualité des soins. On peut prendre l'exemple des infections nosocomiales qui coûtent environ 800 millions d'euros par an, pour diverses raisons telles que le coût des traitements ou le coût d'une prolongation d'hospitalisation par exemple. Dispenser des soins infirmiers de qualité a donc pour l'hôpital un grand intérêt économique.

L'enjeu est également juridique puisqu'une personne à laquelle un soin aura porté préjudice (physiquement comme psychologiquement) est libre de porter plainte. Les conséquences pourront aller de l'indemnisation financière de la victime à des poursuites pénales envers le responsable.

Prodiguer des soins infirmiers de qualité contribue également à améliorer le service rendu aux patients, qui sortiront ainsi satisfaits de l'établissement. Ceux qui véhiculeront ou non l'image « de marque » de l'établissement de santé. L'enjeu est donc également stratégique et médiatique.

Enfin, il y a aussi des enjeux réglementaires puisque la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est placée au premier plan par la Loi HPST. En effet, l'article L6111-2 du Code de la Santé Publique, modifié par cette loi, dit que « les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités »⁶². La HAS⁶³ impose la mise en œuvre de cette démarche d'amélioration de la qualité. Elle met également en œuvre les procédures de certification, qui sont une « ...

⁶¹ CARILLO Claudine, *op. cit.*, 17

⁶² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel* [en ligne] du 22 juillet 2009. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

⁶³ Lire Haute Autorité de Santé.

évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle ». La certification permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé⁶⁴. Elle a été introduite par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁶⁵.

1.3. Le prélèvement sanguin veineux

Avant de vous exposer ma méthodologie de recherche, j'ai souhaité rappeler quelques notions concernant le prélèvement sanguin veineux, acte que je vais observer dans le cadre de mon étude.

1.3.1. Définition et indications

Le prélèvement sanguin veineux peut encore être appelé « ponction veineuse » ou « prise de sang ». Il consiste en un prélèvement d'échantillon de sang veineux, dans le but de réaliser des analyses de biologie médicale. On peut rechercher plusieurs centaines d'éléments dans cet échantillon de sang. Cela permet notamment de dépister des anomalies biologiques, d'aider au diagnostic d'une pathologie et de suivre l'évolution d'un traitement ou d'une pathologie.

C'est un acte relevant d'une prescription médicale, selon l'article R4311-7 du Code de la Santé Publique :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : [...] prélèvement de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux [...] ⁶⁶.

Au sein du service où je vais réaliser mon enquête, les prélèvements sanguin veineux sont réalisés selon un protocole spécifique⁶⁷ au service, en fonction de l'intervention chirurgicale subie par le patient, du nombre de jours écoulés depuis l'opération, d'éventuels traitements associés ou de complications (septiques notamment). Des prélèvements supplémentaires peuvent être prescrits par le médecin si nécessaire (en cas d'anémie ou encore de traitement par anti-vitamine K par exemple).

⁶⁴ Haute Autorité de Santé. Mieux connaître la certification des établissements de santé. In *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. Mis en ligne le 15 octobre 2010. [Consulté le 28 décembre 2012]. Disponible sur <www.has-sante.fr>

⁶⁵ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* [en ligne] du 25 avril 1996. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

⁶⁶ Ministère de la santé et de la protection sociale. *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession*. [s.l]: Berger – Levrault, 2010. p. 163

⁶⁷ Voir en annexe

1.3.2. Les enjeux d'un prélèvement sanguin veineux de qualité

1.3.2.1. Les enjeux pour le patient

La qualité et la sécurité du prélèvement sanguin veineux sont primordiales puisque ce sont elles qui conditionnent l'exactitude des résultats biologiques⁶⁸. En effet, plusieurs points du protocole, s'ils sont mal réalisés ou omis, peuvent compromettre voire fausser les résultats des analyses, ce qui sera susceptible d'entraîner des conséquences plus ou moins graves pour le patient.

Par exemple, une identité non vérifiée peut conduire à une confusion entre les résultats biologiques de deux personnes. Les décisions thérapeutiques prises dans le cas d'une anomalie du bilan sanguin pourraient alors être délétères pour un patient qui ne souffrirait pas réellement de ces problèmes. Dans le cas d'une détermination de groupe sanguin ou d'une recherche d'agglutinines irrégulières, un oubli ou une mauvaise vérification de l'identité pourrait être dramatique puisqu'en cas de transfusion, il pourrait se produire des accidents hémolytiques graves. Autre exemple, un garrot posé trop longtemps ou le non respect de l'ordre de remplissage des tubes peuvent également fausser les résultats et induire des décisions thérapeutiques potentiellement dangereuses. Ces deux exemples illustrent l'importance d'un résultat biologique exact dans les décisions thérapeutiques.

Mais les conséquences d'un manque de qualité peuvent se situer à d'autres niveaux. En effet, une mauvaise hygiène des mains de l'infirmier ou l'absence d'une antiseptie correcte de la peau majorent le risque d'infection par ce geste invasif qu'est la ponction veineuse. Une mauvaise installation du patient peut contribuer à donner un souvenir désagréable du soin et augmenter l'anxiété du patient pour les prochains soins. Un oubli d'étiquetage d'un tube ou son mauvais remplissage peut obliger à réaliser une nouvelle ponction veineuse, ce qui sera d'autant plus désagréable pour le patient que le soin peut être douloureux à la base. Enfin, une mauvaise réinstallation du patient à la fin du soin pourrait mettre celui-ci en danger (par exemple, oublier de redescendre le lit après le soin peut induire un risque de chute). En fait, chaque étape du protocole du prélèvement sanguin veineux peut être source de risque pour le patient.

1.3.2.2. Les enjeux pour l'infirmier

La ponction veineuse peut être source de risque non seulement pour le patient mais aussi pour l'infirmier qui la pratique. En effet, c'est un acte qui expose à un risque important d'AES⁶⁹. Le port des gants est un élément entrant en compte dans le critère de sécurité. Il est d'ailleurs rendu obligatoire par le protocole. Il permet d'une part d'éviter le contact direct avec le sang du patient, mais aussi « d'essuyer » l'aiguille en cas de piqûre⁷⁰ et donc de

⁶⁸ LARCHER Jeanne-Marie. *Qualité et sécurité des résultats de prélèvements de laboratoire*. Cours magistral. IFSI Colmar : 26 mars 2012.

⁶⁹ Lire Accident d'Exposition au Sang.

⁷⁰ ABITEBOUL Dominique, FARGEOT Catherine, DEBLANGY Claude, et al. *Le gant et les AES* [en ligne – PDF]. Paris : Hôpital Bichat-Claude Bernard, [consulté le 12 janvier 2013]. Disponible sur <www.geres.org/docpdf/hg03da.pdf>

réduire les risques de contamination par des maladies qui se transmettent par le sang (hépatite B ou VIH⁷¹ par exemple). L'élimination immédiate de l'aiguille dans le container pour objets piquants, tranchants et coupants fait aussi partie du critère de sécurité dans la qualité des soins, car elle permet de limiter le risque de piqûre⁷².

D'autre part, outre l'exposition au sang, le soignant est exposé à d'autres risques. En effet, une mauvaise installation de l'infirmier, ne respectant pas les règles d'ergonomie, peut occasionner non seulement des difficultés à réaliser le geste (croisement des mains, difficultés à piquer dans l'axe de la veine, à insérer les tubes,...) mais aussi induire des douleurs musculaires, notamment dorsales.

1.3.2.3. *Les enjeux économiques*

Un prélèvement sanguin veineux peut avoir des enjeux non seulement pour le patient ou l'infirmier, mais aussi des enjeux économiques. En effet, un prélèvement sanguin veineux qui doit être refait du fait d'une erreur, quelle que soit sa nature, a d'une part un coût matériel (dispositifs de prélèvement, tubes, gants, sachets, feuille de demande,...), et d'autre part, un coût engendré par l'analyse du nouvel échantillon. En effet, il y aura une dépense liée au fonctionnement des appareils d'analyse, une dépense pour le paiement du personnel de laboratoire, mais aussi d'autres frais correspondant par exemple au papier et à l'encre consommés pour l'envoi des résultats.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Objectifs de la recherche et intérêt pour la profession

L'objectif de ma recherche est de répondre à la question suivante :

« Dans quelles mesures le stress organisationnel en service de traumatologie-orthopédie impacte-t-il la qualité réelle d'un prélèvement sanguin veineux, ainsi que la qualité perçue par le patient et par l'infirmier préleveur ? »

Pour parvenir à ce but, j'ai fixé quelques objectifs intermédiaires :

- Déterminer les critères de qualité primordiaux pour les infirmiers et pour les patients.
- Mesurer l'atteinte de ces différents critères de qualité perçue en période de charge de travail normale et en période de charge de travail augmentée

⁷¹ Lire Virus de l'Immunodéficience Humaine.

⁷² KOSSMANN M-J, *Le collecteur à objets piquants, coupants : un matériel de sécurité essentiel et un risque paradoxal* [en ligne – PDF]. Le Kremlin-Bicêtre : CHU Bicêtre, [consulté le 12 janvier 2013]. Disponible sur <www.geres.org/docpdf/hg03mjk.pdf>

- Mesurer la qualité réelle du soin au regard d'une marche à suivre enseignée en IFSI en période de charge de travail normale et en période de charge de travail augmentée
- Déterminer s'il existe une différence de qualité réelle et perçue lorsque la charge de travail est augmentée (ce qui est facteur de stress organisationnel).

Cette recherche ne vise en aucun cas à évaluer les IDE mais bien à mesurer les différences qui peuvent survenir dans la qualité selon l'importance de la charge de travail et du stress organisationnel.

Ces objectifs devront être atteints durant la première partie du stage de semestre 6 (du 4 février au 8 mars 2013), qui se déroulera au premier étage d'un service de Traumatologie-orthopédie d'un grand hôpital public. L'enquête ne débutera volontairement pas avant le début de la deuxième semaine de stage, puisque je souhaite me laisser du temps pour découvrir le service et son fonctionnement.

Cette recherche présente un intérêt pour la profession car bien que l'on sache que le stress organisationnel occasionne chez les soignants diverses manifestations psychologiques (signes émotionnels, comportementaux et intellectuels) et physiques (signes somatiques et physiologiques), on ne sait pas si ce stress a un impact pour le patient, en particulier dans la qualité des soins qui lui sont prodigués. Elle a donc un intérêt non seulement pour voir si ce stress a des conséquences sur la qualité des soins ou non, mais aussi pour déterminer à quel niveau de la qualité se situent ces conséquences (qualité réelle ou qualité perçue). De plus, elle permet de mesurer les éventuels écarts entre critères de qualité pour les infirmiers et critères de qualité pour les patients, et peut ainsi mener à une réflexion concernant l'adéquation des pratiques infirmières avec les besoins des patients.

2.2.Présentation du terrain d'étude

Comme cité précédemment, cette enquête se déroulera dans le service de Traumatologie-orthopédie d'un grand hôpital public. La structure peut accueillir 1387 patients, lits et places en hôpital de jour ou unité de chirurgie ambulatoire compris⁷³. Le service de Traumatologie-orthopédie comprend 65 lits sur les trois étages, dont 25 au premier étage (7 en chambres individuelles). La durée moyenne de séjour est de 8 jours. L'activité est répartie à peu près équitablement entre l'orthopédie et la traumatologie. En ce qui concerne l'orthopédie, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies chirurgicales du genou (arthroscopie, ligamentoplastie, ostéotomie,...), les pathologies de la hanche (arthroplastie). Sont également traitées les pathologies de l'appareil locomoteur, à l'exception du rachis. Pour la traumatologie, on retrouve surtout des fractures telles que le poignet ou le col du fémur⁷⁴. L'équipe pluridisciplinaire, pour les trois étages du service de traumatologie-orthopédie, se compose d'un chirurgien chef de service, de quatre praticiens hospitaliers, de deux chirurgiens assistants – spécialistes, de deux cadres de santé, de trente IDE, de dix-neuf aides-soignantes, de dix-sept agents des services hospitaliers, de deux kinésithérapeutes et de neuf secrétaires.

⁷³ Données issues du Rapport de Gestion 2010 de la structure.

⁷⁴ Groupe Projet d'encadrement en orthopédie-traumatologie. *Bienvenue en orthopédie traumatologie : l'encadrement des étudiants en service d'orthopédie traumatologie*. Colmar : Hôpitaux Civils de Colmar, [s.d].

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion du terrain

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Service de Traumatologie - orthopédie (3 étages confondus) Pathologies relevant de l'orthopédie ou de la traumatologie Prélèvement sanguin veineux pour bilan biologique Horaire du matin	Pathologies relevant d'un autre secteur (hébergement pour manque de place dans un service adapté) Prélèvement sanguin artériel Prélèvement d'hémocultures Prélèvement pour détermination de groupe sanguin ou recherche d'anticorps irréguliers Horaires d'après-midi et de nuit

2.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des infirmiers

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Infirmier Diplômé d'Etat Infirmier rattaché au lieu de l'enquête de façon habituelle	Personne exerçant la profession d'infirmier avec un diplôme étranger Autres catégories de personnel (aide-soignant, agent des services hospitaliers, cadre de santé,...) Infirmiers effectuant un remplacement ponctuel Infirmiers intérimaires Etudiants infirmiers

2.3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patients de plus de 18 ans Patients hommes et femmes Patients ayant conservé l'intégrité de leurs fonctions cognitives Patients ayant déjà eu un prélèvement sanguin avant ou durant l'hospitalisation Patients dont la pathologie relève de la traumatologie ou de l'orthopédie	Patients de moins de 18 ans Patients présentant des troubles cognitifs Patients agités Patients désorientés Patients présentant des difficultés de communication (aphasie, langue) Patient dont c'est le premier prélèvement sanguin Patient dont la pathologie relève d'un autre service

2.4. Outils d'enquête

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi de me baser sur des discours et des faits, en utilisant deux outils d'enquête : l'observation et l'entretien individuel semi-directif.

2.4.1. L'observation

Elle est un outil d'enquête qui permet de recueillir des faits. Il me semblait donc approprié de l'utiliser pour mesurer la qualité réelle du soin, puisque l'analyse sera objective et non dépendante de l'IDE qui aura réalisé le soin comme dans le cas d'un entretien. Mon observation sera centrée sur les critères de qualité du soin et nécessitera donc l'utilisation d'une grille d'observation précise, que j'ai élaborée au regard des enseignements dispensés à l'IFSI, de fiches techniques trouvées dans des livres, et du protocole de prélèvement veineux⁷⁵ en vigueur dans l'établissement (datant de 2012). Cette grille me servira de support à l'observation et me permettra de ne pas perdre de vue les éléments importants. De plus, elle garantit la neutralité de l'observation.

Cette grille permettra d'observer les éléments du soin réalisés par l'IDE auprès du patient, de la vérification de son identité à sa réinstallation à la fin du soin. Elle reprend les principales étapes du soin, en relation avec les critères de qualité qui nous ont été enseignés à l'IFSI qui sont l'organisation, la sécurité, l'ergonomie, l'économie et l'efficacité. Chaque étape sera définie comme effective ou non, voire non applicable selon la situation, avec la possibilité d'ajouter un commentaire.

En préalable à cette observation, je rechercherai les informations concernant la charge de travail du jour : le nombre de lits occupés, le nombre d'opérations prévues, le nombre d'admissions et de sorties prévues, le nombre de bilans sanguins à réaliser, ainsi que le nombre d'infirmiers présents.

2.4.2. L'entretien individuel semi-directif

Dans un second temps, j'ai choisi l'entretien individuel semi-directif. C'est un entretien réalisé à l'aide d'une grille de questions « guides » et généralement ouvertes, qui donne une trame à l'entretien mais laisse des possibilités de reformulation, de relances et d'approfondissement contrairement à l'entretien directif.

Un entretien sera réalisé dans un premier temps auprès de l'infirmier préleveur, dans la salle de soins, juste après l'observation du soin. Puis un second entretien sera réalisé auprès du patient ayant eu la prise de sang, dans la chambre de celui-ci. Ils comporteront peu de questions pour ne pas être trop chronophage ni pour l'IDE, ni pour le patient, et dureront chacun environ cinq minutes.

La grille d'observation du prélèvement sanguin veineux, ainsi que la grille d'entretien pour les patients et la grille d'entretien pour les IDE seront présentées en annexe.

2.5. Déroulement de l'enquête

En termes de quantité, je voudrais réaliser cinq observations et donc dix entretiens en début de semaine, et cinq observations en fin de semaine. En effet, au cours d'un entretien avec le cadre du service, j'ai appris que la charge de travail était généralement plus élevée en fin de semaine, du fait des opérations devant être réalisées avant le week-end, et du nombre de sorties plus élevé qu'en début de semaine. Si lors de mon stage cela n'était pas le cas,

⁷⁵ Voir en annexe.

les informations recueillies avant les observations permettraient de classer n'importe quel jour de la semaine en fonction de la charge de travail.

En fonction des possibilités, je souhaiterais interviewer cinq IDE différents en début de semaine, et les cinq mêmes IDE en fin de semaine, ce qui me permettrait de repérer plus aisément des différences ou des similitudes dans les pratiques selon la variation de la charge de travail. Les dates seront convenues avec les IDE selon leurs disponibilités et le nombre de bilans sanguins à réaliser. Les conditions de l'entretien (anonymat, non jugement, possibilité d'interrompre l'entretien) seront exposées au démarrage.

La grille d'observation sera remplie au fur et à mesure de l'observation du soin. Durant les entretiens, je prendrai en note les mots clés des réponses données par l'IDE et le patient. D'une part, parce que les entretiens sont courts et les questions ciblées, ce qui ne donnera pas lieu à des réponses très longues, et d'autre part car cela permet d'analyser plus rapidement les réponses plutôt que de passer par la retranscription d'enregistrements.

2.6. Difficultés rencontrées

La première difficulté que j'ai rencontrée dans la réalisation de ma recherche est d'avoir du obtenir des autorisations au dernier moment, bien que je me sois renseignée avant l'arrivée en stage sur la marche à suivre. En effet, après avoir transmis le devis de recherche au cadre du service, il a fallu écrire un courrier de demande d'autorisation de réaliser des entretiens auprès du Médecin Chef de service. Puis il a fallu finalement rencontrer ce dernier qui voulait avoir connaissance du contenu des grilles d'entretien pour les patients. Cela n'a été possible pour moi qu'au début de la cinquième semaine de stage, c'est pourquoi j'ai du commencer tardivement mes entretiens et par conséquent en réduire le nombre.

Deuxièmement, j'ai constaté au début de mon stage que l'hypothèse sur laquelle je m'étais basée pour élaborer mon devis de recherche, à savoir une différence de charge de travail en début et en fin de semaine, était totalement fautive. En effet, la charge de travail fluctuait plutôt par périodes. Ainsi, il pouvait y avoir cinq semaines d'affilée très chargées, suivies de quatre plus calmes par exemple. La période durant laquelle j'ai du réaliser mes entretiens étant plutôt calme, je n'ai pu observer que deux soins réalisés en situation de stress. C'est pourquoi les résultats ne seront pas aussi parlants que je l'aurais voulu.

Ensuite, une autre des difficultés que j'ai rencontrées est le fait que la tournée des prises de sang du matin était réalisée par les étudiants en soins infirmiers. Ainsi, afin de pouvoir tout de même réaliser mes observations, je réalisais la tournée en gardant une ou deux prises de sang pour les IDE. Réduisant ainsi leur charge de travail, cela a pu fausser les résultats de mon enquête.

Enfin, j'avais prévu dans mon devis de recherche de réaliser mon enquête sur les trois étages du service d'orthopédie-traumatologie. Mais il ne m'a pas été possible de le faire d'une part pour des raisons d'organisation, et d'autre part parce que je ne me voyais pas observer et interroger des professionnels que je n'avais jamais côtoyés.

3. Analyse des résultats

Puisque les résultats de mon enquête seront exploités en fonction de la charge de travail, il me paraît essentiel, avant de les exposer, d'expliquer comment je lui ai fixé une norme. Pour déterminer le niveau de la charge de travail, je me suis basée sur les observations réalisées tout au long de mon stage. Ainsi, j'ai fixé comme norme vingt-cinq patients hospitalisés, cinq opérations prévues au maximum, neuf bilans sanguins à réaliser, trois sorties le matin. Les sorties prévues l'après-midi n'ont pas d'impact sur la charge de travail du matin, de même que les admissions (ayant lieu l'après-midi), à l'exception des patients admis le matin pour être opérés le jour même (en ambulatoire ou non).

3.1. Présentation des résultats des entretiens menés auprès des patients

J'ai eu l'occasion d'interroger huit patients, hommes et femmes, âgés de trente-six à quatre-vingt trois ans, admis pour des pathologies différentes.

3.1.1. Critères de qualité d'un soin pour les patients

- Six patients sur huit ont évoqué un ou plusieurs éléments concernant les qualités relationnelles du soignant, la qualité de la relation soignant-soigné ou les explications par rapport au soin.
- Sur huit patients interrogés, cinq prêtent attention à la douleur occasionnée par le soin.
- L'hygiène ou la propreté du soin ressortent dans quatre entretiens sur huit.
- La présentation du soignant a été évoquée par deux patients sur huit, tout comme le professionnalisme (ou le sérieux) de l'IDE.
- On retrouve ponctuellement d'autres éléments auxquels les patients disent prêter attention qui sont l'effectivité du soin, l'absence de désagréments esthétiques (hématome pour une prise de sang), la dextérité du soignant.

L'un des patients m'a expliqué être très attentif à l'hygiène lors du soin car il avait souffert dans le passé d'une infection nosocomiale. Cela confirme le fait que la qualité d'un soin perçue par le patient est influencée par son histoire et son vécu.

3.1.2. Ressenti des patients par rapport au soin

Concernant le ressenti des patients par rapport à la prise de sang qu'ils ont eue, tous les commentaires ont été positifs :

- Cinq patients sur huit ont utilisé le terme de « bien piqué » ou « bien fait ».
- Trois patients sur huit évoquent l'absence de douleur lors du soin.
- Deux patients sur huit disent que ce soin a correspondu à ce qu'ils attendaient.

- L'un des patients m'a dit qu'il serait « en confiance pour un prochain soin » parce que celui-ci s'était bien passé. Cela montre qu'une expérience de soin peut conditionner les séquences de soins à venir et influencer les critères auxquels le patient prêtera attention.
- Une des patientes interrogées a apprécié le fait qu'il y ait « une continuité dans le soin », c'est-à-dire que l'IDE lui propose de voir le résultat de la prise de sang. J'ai pu constater durant mon stage que les patients ayant un lourd vécu d'hospitalisations, comme c'était le cas pour cette patiente, étaient souvent plus demandeurs par rapport à leurs résultats d'examen que les autres.

Lorsque je les ai relancés au sujet de leur ressenti par rapport à l'infirmier, tous les patients ont abordé les qualités relationnelles de l'IDE (« sympathique », « gentille », « ouvert, poli, agréable », « serviable, cordiale »). Deux d'entre eux ont également parlé de professionnalisme. Deux patients ont trouvé que le soin a été plus rapide et que l'IDE a moins parlé que lors d'autres situations de soin. Cependant, ils n'ont pas parlé spontanément de stress mais ont répondu positivement quand je leur ai demandé s'ils avaient trouvé l'IDE stressé. L'un des patients a eu l'impression qu'il était moins pris en compte par l'IDE, car « d'habitude, elle demande toujours comment ça va ».

3.2. Présentation des résultats des entretiens menés auprès des IDE

J'ai pu m'entretenir au total avec 6 IDE, dont 2 que j'ai interrogés deux fois : une première fois en période de charge de travail normale et une seconde fois lorsque la charge de travail était augmentée.

3.2.1. Expérience professionnelle des différents IDE

Voici un tableau récapitulatif de l'expérience professionnelle de ces 6 IDE :

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Ancienneté dans la profession	5 ans	32 ans	32 ans	1 an et demi	10 ans	32 ans
Ancienneté dans ce service	Environ 2 ans	32 ans	32 ans	1 an et demi	3 mois	32 ans

3.2.2. Critères de qualité cités par les IDE

- L'hygiène et l'asepsie ont été citées dans quatre entretiens sur six.
- Quatre IDE sur six évoquent la relation avec le patient (communication, explications).
- L'organisation (par rapport au matériel) apparaît dans quatre entretiens sur six.
- L'efficacité du soin est retrouvée dans trois entretiens sur six.
- Avoir du temps a été évoqué dans deux entretiens sur six.
- Le bien-être du patient (patient détendu, intimité et pudeur respectée) se retrouve dans deux entretiens sur six.
- Et dans un entretien sur six on retrouve : l'absence de douleur, la dextérité, le professionnalisme, l'ergonomie et l'identité-vigilance.

3.2.3. Satisfaction des IDE par rapport au soin au regard de leurs critères

3.2.3.1. *En période de charge de travail normale*

En période de charge de travail normale, cinq IDE sur six trouvent que le soin qu'ils ont réalisé est en accord avec les critères fondamentaux qu'ils ont cités. Trois de ces cinq IDE insistent sur le fait qu'ils ont pu expliquer le soin à la personne et prendre le temps de lui parler, ce qui leur a permis de réduire son anxiété et de contribuer au bon déroulement du soin. L'un des IDE explique que d'avoir du temps pour « causer » lui permet de mieux prendre en compte les besoins de la personne. Un IDE pense que la personne ne gardera pas un mauvais souvenir de son soin. La qualité relationnelle du soin est une composante qui ressort franchement dans les réponses des différents IDE.

Un infirmier explique qu'il a conscience que ses attentes sont différentes de celles du CLIN⁷⁶, mais qu'il estime respecter les règles même si ce n'est « pas de manière protocolaire ».

Une infirmière quant à elle estime ne pas pouvoir satisfaire à ses critères car elle est quotidiennement pressée par le temps. Elle déplore de ne pas avoir le temps de « causer » à ses patients, de s'installer comme elle voudrait et de ne pas pouvoir nettoyer son chariot correctement à l'issue du soin. « On ne m'en laisse pas le temps [...] il y a de vrais soucis d'organisation ».

Cependant, aucun des six infirmiers ne m'a dit se sentir stressé dans son organisation. Par contre, une des IDE explique qu'elle se sent très souvent stressée en fin de matinée car « tout vient en même temps ». Elle explique qu'à peine finit les pansements, il faut distribuer les traitements per os et ne pas oublier les éventuelles perfusions, penser à contrôler les glycémies capillaires des patients diabétiques avant le repas, mettre à jour les dossiers, et « si j'ai le temps et si j'ai encore faim, manger ». La perte d'appétit est un des indicateurs qui témoignent du stress de cette IDE. Un autre IDE a évoqué des « pertes de temps » qui lui laissent moins le temps pour les soins. Il y inclut notamment le téléphone qui l'interrompt souvent. Cette interruption des tâches peut être, comme expliqué dans mon cadre de référence, un facteur stressant pour le soignant. Enfin, une autre IDE travaillant depuis peu dans le service avoue se sentir stressée durant les week-ends ou les périodes où il n'y a pas d'étudiants, parce qu'« on doit tout faire ». De plus, elle explique que malgré une expérience en service de réanimation qui lui a appris à gérer son stress, le fait de ne pas avoir encore toutes les connaissances des pathologies et suivis spécifiques peut parfois la mettre en difficultés et la stresser. Enfin, elle aussi dit être régulièrement interrompue dans ses soins par des sonnettes, le téléphone ou encore la visite des chirurgiens.

3.2.3.2. *En période de charge de travail augmentée*

En période de charge de travail augmentée, les deux IDE interrogés se disent stressés et estiment ne pas avoir réalisé un soin correspondant à leurs critères de qualité. Tous les deux disent ne pas avoir eu assez de temps non seulement pour parler au patient et lui expliquer le soin, mais aussi pour s'installer et installer le patient pour le

⁷⁶ Lire Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

soin. Ce stress serait, pour les deux IDE, lié aux mêmes facteurs : un service plein, huit opérations prévues, deux patients admis dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. En plus d'une charge de travail élevée, c'est ce dernier point qui stresse le plus les IDE parce que ce type de prise en charge ne relève habituellement pas du premier étage mais du troisième. Ainsi, ils ne sont pas à l'aise avec cette prise en charge qui n'est pas de leur ressort. On observe ici le phénomène de conflit du rôle, connu comme facteur de stress organisationnel pour les soignants.

Ils pensent tous deux que leur stress a eu un impact sur la qualité du soin réalisé. D'ailleurs, une de ces deux IDE m'avait expliqué lors du précédent entretien que lorsqu'elle était stressée, elle laissait peut-être de côté certaines étapes du soin telles que l'installation, et qu'elle était « moins bavarde », comme ce fut effectivement le cas. De plus, elle m'a expliqué qu'en période de stress, elle se trouvait très impatiente et s'énervait pour un rien. Elle trouvait que cela n'était pas propice à la relation tant avec le patient qu'avec ses collègues. L'impatience et l'irritabilité sont effectivement des indicateurs de stress, et cet exemple tend à montrer que le stress peut influencer la qualité des relations. Le deuxième IDE, quant à lui, explique qu'il s'est tellement concentré sur le geste en lui-même afin de ne pas être distrait qu'il en a « oublié le patient », et laissé de côté certaines étapes qui lui paraissaient secondaires.

3.3. Présentation des données issues des grilles d'observation du soin

J'ai eu l'occasion d'observer six prélèvements sanguins veineux en période de charge de travail normale, et deux en période de charge de travail augmentée. J'ai choisi de classer les différents actes par critères de qualité réelle, et de réaliser un tableau récapitulatif du respect des différents critères⁷⁷ par les différents IDE selon la charge de travail :

	Charge de travail normale						Charge de travail augmentée	
	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6	IDE 4	IDE 5
Sécurité	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Organisation	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Ergonomie	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON
Economie	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON
Efficacité	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

3.3.1. Constats en période de charge de travail normale

- Le critère de sécurité n'est jamais effectif.
- Le critère d'organisation n'est jamais effectif.
- Le critère d'ergonomie est effectif pour cinq des six IDE.

⁷⁷ La non-réalisation de l'un des actes entraîne le non-respect de l'ensemble du critère.

- Le critère d'économie n'est jamais effectif.
- Le critère d'efficacité est toujours effectif.

Concernant le critère de sécurité, il n'est effectif pour aucun des IDE pour plusieurs raisons. Premièrement, aucun des IDE n'a porté de gants durant le soin. Plusieurs d'entre eux m'ont expliqué que les gants les empêchaient de sentir les veines (bien que le repérage, d'après le protocole, se fasse sans les gants). L'un d'entre eux évoquait une dotation trop faible en gants pour le service, ce qui l'empêcherait d'en mettre pour chaque soin qui le nécessite. Deuxièmement, aucun des infirmiers n'a éliminé l'aiguille immédiatement après le prélèvement. En fait, une des habitudes du service est d'emmener un plateau avec son matériel en chambre, et de laisser son chariot (avec le container OPTC⁷⁸) hors de la chambre, afin de ne pas avoir à le désinfecter entre chaque prise de sang. De plus, une autre des raisons pour laquelle ce critère n'est pas satisfait est l'absence de la réalisation d'un geste d'hygiène des mains avant la préparation du matériel (assemblage du corps de prélèvement avec l'aiguille). Certains soignants font un geste d'hygiène des mains avant d'entrer en chambre, d'autres avant de piquer. Enfin, même si tous les soignants ont vérifié l'identité des patients avant le prélèvement, j'ai remarqué que certains l'ont fait de la façon suivante : « Etes-vous bien Mr ou Mme X ? ». Un patient n'ayant pas bien entendu la question ou ne l'ayant pas comprise, quelles qu'en soient les raisons, peut très bien répondre oui même si ce n'est pas lui. Ainsi, il me paraît plus adéquat de demander au patient de décliner son nom, prénom et idéalement sa date de naissance pour éviter au maximum le risque d'erreur.

Le critère d'organisation n'a jamais été satisfait parce que l'élimination de l'aiguille après la ponction n'a jamais été immédiate, et ce pour tous les IDE. En effet, le fait d'emmener en chambre tout le matériel nécessaire au soin, y compris le container OPTC, fait partie du critère d'organisation. Pour l'un des soignants, le non-respect de ce critère a été lié au fait qu'il avait étiqueté les tubes au nom du patient avant le prélèvement et non pas après comme le stipule le protocole. Cette conduite va à l'encontre du critère de sécurité puisqu'on peut très bien confondre les tubes de deux patients. De plus, ce geste se fait normalement après le prélèvement et avec des gants. Le respect de cette chronologie fait partie du critère d'organisation. A noter que cette erreur a été commise lorsque la charge de travail était augmentée, alors qu'il ne l'avait pas commise en période plus calme. On peut donc penser que c'est le stress qui a occasionné cette erreur.

Le seul soignant qui n'a pas respecté le critère d'ergonomie n'avait pas monté le lit, travaillait en étant courbé. De plus, il avait laissé le patient couché à plat, bras à plat alors que normalement le bras doit être en déclive pour faciliter la ponction.

Concernant le critère d'économie, il n'est effectif pour aucun des IDE puisque n'ayant pas éliminé immédiatement l'aiguille souillée, ils l'ont reprise deux fois en main. Le problème se situe donc au niveau de l'économie de gestes.

⁷⁸ Lire Objets Piquants Tranchants et Coupants.

3.3.2. En période de charge de travail augmentée

En période de charge de travail augmentée, lorsque les IDE se sentent stressés, le seul critère effectif pour les deux IDE est celui de l'efficacité. On constate que l'ergonomie, qui a été respectée par les deux IDE en période de charge de travail normale, n'est ici pas effective. Pour l'un des IDE, c'est sa propre installation qui faisait défaut (le lit n'a pas été monté et le soignant travaillait en étant courbé), pour l'autre, ni son installation ni celle du patient n'ont été correctement réalisées. D'une part le lit n'a pas été monté et le soignant travaillait courbé, d'autre part le patient, qui venait de se réveiller, a été laissé dans sa position de sommeil, c'est-à-dire le dossier complètement à plat, alors qu'il est recommandé de placer le bras du patient en déclive pour faciliter la ponction.

4. Synthèse des résultats

Il ressort des différents entretiens avec les patients que les critères qu'ils privilégient lors des soins sont d'une part la qualité de la relation avec le soignant, puis l'absence de douleur et enfin l'hygiène, la présentation du soignant et son professionnalisme. Concernant les infirmiers, eux aussi placent au premier plan la qualité des relations avec le patient. Par contre, l'absence de douleur pour le patient n'est pas un critère fondamental pour les infirmiers puisqu'il n'a été cité qu'une fois au cours des divers entretiens avec les IDE. Pour eux, c'est l'hygiène qui vient en deuxième position, suivie de l'organisation (concernant le matériel) et de l'efficacité du soin.

En période de charge de travail normale, tous les patients ont eu un ressenti positif par rapport au soin prodigué, tout comme cinq des six IDE. Cependant, une des IDE n'a pas été satisfaite de son soin. Comme je l'ai expliqué précédemment, elle aurait souhaité avoir plus de temps pour la relation avec le patient et l'installation. Cependant, il y a des critères de qualité réelle autres qu'elle n'a pas respectés, en dehors de l'installation. Par contre, le patient n'a pas perçu cette frustration dans le comportement de l'infirmière. Il l'a même trouvée « très cool » et n'a émis que des commentaires positifs sur le soin. Il a même avoué son admiration devant les IDE qui restent « cool » alors qu'ils doivent s'occuper de tout un service à seulement deux par matinée, disant « qu'un troisième ne serait pas de trop ». Les cinq autres infirmiers interrogés, quant à eux, ont estimé que le soin dispensé était en accord avec leurs critères de qualité, bien que seulement deux critères de qualité réelle sur cinq aient été respectés. On peut donc dire qu'il existe un décalage entre critères de qualité réelle d'un soin et critères de qualité perçue par les soignants. Comme aucun des IDE ne s'est dit stressé, on ne peut pas dire que ce soit le stress qui ait ici un impact sur la qualité des soins à ce moment là.

En période de charge de travail augmentée, les deux infirmiers interrogés se sont dit stressés, pas spécifiquement par la charge de travail comme je l'aurais pensé mais également par un conflit du rôle occasionné par la prise en charge de patients dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, et par l'interruption des tâches pour diverses raisons. Ces différents facteurs de stress sont bien des éléments de l'organisation, comme je l'ai expliqué dans mon cadre de référence. La qualité réelle du soin s'en est trouvée réduite sur le plan de l'ergonomie (installation du patient et du soignant), ce qui a été perçu par les deux infirmiers. Concernant cette qualité perçue, le soin n'a correspondu aux attentes d'aucun des deux infirmiers. En effet, en plus du non-respect du critère

d'ergonomie, tous deux ressentiaient une baisse dans la qualité des relations avec le patient et établissaient clairement un lien avec leur stress. Les patients quant à eux n'ont pas été totalement insatisfaits du soin qu'ils ont reçu puisqu'ils ont eu des commentaires positifs, mais ont tout de même ressenti une diminution dans la qualité des relations avec l'infirmier. En effet, les deux patients ont trouvé que l'intervention de l'infirmier dans la chambre avait été plus brève et que celui-ci avait moins parlé que lors d'autres séquences de soins. L'un d'eux, comme je l'ai décrit dans mon analyse, s'est même senti moins bien pris en compte. Les patients n'ont pas spontanément évoqué le terme de stress lorsque je les ai questionnés sur leur ressenti par rapport à l'infirmier, mais ont répondu affirmativement quand je leur ai demandé s'ils l'avaient trouvé stressé. D'ailleurs, tous deux pensent que c'est à cause de ce stress que le dialogue et le temps passé dans la chambre étaient restreints. On peut donc dire que le stress des infirmiers a un impact négatif sur la qualité du soin perçue par les patients, surtout concernant la qualité relationnelle.

Pour répondre à ma question de recherche, je dirais donc que le stress a bien un impact négatif sur la qualité d'un soin infirmier.

Concernant la qualité réelle du soin, il est à l'origine du non-respect du critère d'ergonomie. On ne peut cependant pas établir de lien avec le non-respect des autres critères puisque ceux-ci n'ont pas été respectés non plus en l'absence de stress.

Concernant la qualité du soin perçue par le patient, on constate que le stress a eu un effet négatif sur la qualité des relations entre le soignant et l'infirmier, puisque le patient relève le fait que l'infirmier n'a pas parlé autant qu'à l'habitude, et que son temps de présence dans la chambre était moins long. De plus, l'un des patients a même eu le sentiment d'être moins bien pris en compte.

Enfin, pour parler de la qualité du soin perçue par les infirmiers, on note qu'ils ressentent eux aussi une baisse de la qualité relationnelle du soin. Ils établissent d'ailleurs clairement le lien avec leur stress, comme en témoignent les propos recueillis au cours des deux entretiens. En effet, l'un des deux IDE se disait « tellement concentré sur le geste pour ne pas être distrait » qu'il a « oublié le patient ». La deuxième dit ne pas avoir eu « le temps de parler au patient » tellement elle était obnubilée par tout ce qu'elle aurait à faire après. Elle n'était donc pas complètement disponible pour le patient. Or, comme le dit Walter Hesbeen, « la qualité du service [...] est fortement dépendante de l'implication même du professionnel, de la subtilité de sa présence »⁷⁹. Cette infirmière expliquait aussi que les effets du stress sur son comportement rendaient la relation difficile, confirmant mes recherches théoriques sur les manifestations du stress.

⁷⁹ HESBEEN Walter. Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. *Perspective soignante : pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, décembre 2007, n°30, p.39

5. Proposition de solutions ou poursuite de l'exploration

Je n'ai pas pu mener ma recherche exactement comme je l'aurais souhaité. En effet, j'aurais souhaité interroger un nombre égal d'infirmiers en période de charge de travail normale et en période de charge de travail augmentée pour pouvoir effectuer une réelle comparaison. Aussi, il aurait été idéal de commencer mes entretiens le plus tôt possible, ce qui n'a pas pu se faire pour les raisons que j'ai citées précédemment.

Une solution serait de réaliser ces entretiens sur les trois étages du service, à conditions que cela se fasse dans les mêmes conditions. En fait, comme je l'ai déjà expliqué, je réalisais la tournée des prises de sang à l'exception d'une ou deux que je réservais pour mes observations. Alors qu'en allant au deuxième ou troisième étage, les IDE auraient dû les réaliser toutes, ce qui aurait de toute façon faussé les résultats de mes observations.

Enfin, il me semblerait intéressant d'effectuer plus d'entretiens pour donner une plus grande valeur statistique à mon analyse.

Si une poursuite devait être donnée à cette recherche, je souhaiterais explorer les raisons qui peuvent faire que, comme j'ai pu l'observer durant mon enquête, tous les critères de qualité réelle ne sont pas respectés lors des soins même en période de charge de travail normale. Est-ce lié à des habitudes de service, à des facteurs personnels, ou à d'autres raisons ?

Enfin, je pense que cette recherche peut être transférable dans d'autres situations. En effet, on pourrait effectuer des observations par rapport à la qualité de n'importe quel soin. Il suffirait pour cela d'adapter la grille d'observation en fonction du protocole du soin choisi. Cette recherche pourrait aussi être utilisée pour déterminer les attentes du patient hospitalisé puisqu'elle a permis de mettre en avant les critères auxquels les patients prêtaient attention lors d'un soin. On pourrait également l'utiliser pour mesurer l'adéquation des pratiques infirmières avec les valeurs professionnelles.

Conclusion

Ce travail de fin d'études vient clôturer trois années de formation. C'est avec une satisfaction plutôt modérée que je vais le conclure. En effet, je reste frustrée de ne pas avoir pu réaliser ma recherche exactement comme je l'aurais souhaité, même si je sais qu'une « vraie » recherche se déroule sur un laps de temps largement supérieur à cinq semaines. Cependant, j'aurais aimé pouvoir en tirer des conclusions plus parlantes.

Ce mémoire a tout de même été bénéfique pour moi puisqu'il m'a permis d'appliquer la méthodologie de la recherche en sciences infirmières. Mais il m'a surtout aidée à analyser et à me questionner par rapport à ma propre pratique, me rappelant de ne surtout jamais perdre de vue les différents critères de qualité dans la réalisation des soins infirmiers.

Je me suis également demandé comment les soins que je dispense peuvent être perçus par les patients. De les avoir interrogés sur cette thématique m'a permis d'être vigilante à toujours essayer de prendre en compte leurs besoins au mieux.

De plus, ce travail m'a permis de me rendre compte à quel point la dimension relationnelle était importante pour dispenser des soins de qualité. Aussi, je mesure à présent l'importance d'apprendre à gérer mon stress et mes émotions afin de toujours être disponible pour cette relation, déterminant essentiel de la qualité des soins infirmiers.

Références bibliographiques

Ouvrages :

BENNER Patricia. *De novice à expert*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2003. 255 p.

BOISSIERES Françoise, COUPUT Pierre. *Les soignants face au stress*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. 181 p. (Pratiquer).

ESTRYN-BEHAR Madeleine. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Estem, 1997. 245 p.

HALLOUET Pascal, EGGERS Jérôme, MALAQUIN-PAVAN Evelyne. *Fiches de soins infirmiers*. 3^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 652 p.

HESBEEN Walter. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. 2^e éd. Paris : Masson, 2003. 208 p.

MAURANGES Aline. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. 4^{ème} éd. Montargis : Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social, 2011. 163 p.

Ministère de la santé et de la protection sociale. *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession*. [s.l.] : Berger – Levrault, 2010. 203 p.

MOREL Marie-Agnès. Qualité des soins. In FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana (Dir). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil, 2009. p. 230-233.

NAUDIN David, HIOLLE Catherine, HUET Emmanuelle, et al. *Soins infirmiers et gestion des risques, qualité des soins, évaluation des pratiques, soins éducatifs et préventifs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011. 202 p.

PRONOST Anne-Marie. Stress. In FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana (Dir). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil, 2009. p. 264-265.

STORA Jean-Benjamin. *Le stress*. 5^e éd. Paris : Puf, 2002. 127 p. (Que sais-je ?).

Groupe Projet d'encadrement en orthopédie-traumatologie. *Bienvenue en orthopédie traumatologie : l'encadrement des étudiants en service d'orthopédie traumatologie*. Colmar : Hôpitaux Civils de Colmar, [s.d].

Articles de revues :

CARILLO Claudine, en partenariat avec la Mutuelle Nationale des Hospitaliers. La gestion du stress au travail. *Soins*, 2011. Hors série. 20 p.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, NEGRI Jean-François, LE NEZET Olivier. Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit Déontologie et Soins*, septembre 2007, volume 7, n°3, p.308-327

HESBEEN Walter. Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. *Perspective soignante : pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, décembre 2007, n°30, p.39-51.

Documents et sites internet :

DEMARTHON Fabrice. Anatomie du stress. *CNRS Le Journal* [en ligne], septembre 2007, n°212, [consulté le 1^{er} novembre 2012]. Disponible sur < www2.cnrs.fr/journal/3541.htm>

Editions Larousse. *Larousse : encyclopédie collaborative et dictionnaires gratuits en ligne* [en ligne]. [Consulté le 24 septembre 2012]. Disponible sur <www.larousse.fr>

Haute Autorité de Santé. *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins* [en ligne – PDF]. Saint-Denis-La Plaine : Haute Autorité de Santé, 2012 [consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.has-sante.fr>

Haute Autorité de Santé. Mieux connaître la certification des établissements de santé. In *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. Mis en ligne le 15 octobre 2010. [Consulté le 28 décembre 2012]. Disponible sur <www.has-sante.fr>

Institut National de Recherche et de Sécurité. Mécanismes du stress au travail. In *Santé et sécurité au travail* [en ligne]. Mis en ligne le 16 septembre 2011. [Consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/stress/mecanisme.html>

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Qu'est ce que le stress ? In *Centre d'Etudes sur le Stress Humain* [en ligne]. [Consulté le 22 décembre 2012]. Disponible sur <www.stresshumain.ca>

JOSSE Evelyne. Le stress : quelques repères notionnels [en ligne – PDF]. La Hulpe : Evelyne Josse, 2007 [consulté le 15 octobre 2012]. Disponible sur <www.resilience-psy.com/spip.php?rubrique27>

Société Française de Prévention et de Gestion du Stress. Stress. In *SFGS* [en ligne]. [Consulté le 18 octobre 2012]. Disponible sur <www.sf-gestiondustress.com/stress.htm>

Textes de loi :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel* [en ligne] du 22 juillet 2009. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. *Journal Officiel* [en ligne] du 8 août 2004. Disponible sur : <www.legifrance.gouv.fr>

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* [en ligne] du 25 avril 1996. Disponible sur <www.legifrance.gouv.fr>

Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. *Bulletin Officiel* [en ligne] n°2006-4. Disponible sur <www.sante-gouv.fr>

Autres documents :

FREPPEL Fabrice, IDOUX Bernard. *La qualité des soins : l'évaluation des pratiques professionnelles*. Cours magistral. IFSI Colmar : 28 janvier 2012.

FRIEH Christian. *Soins de confort et de bien-être*. Travaux dirigés. IFSI Colmar : septembre 2010.

LARCHER Jeanne-Marie. *Qualité et sécurité des résultats de prélèvements de laboratoire*. Cours magistral. IFSI Colmar : 26 mars 2012.

PACHOD André. *Le mémoire de fin d'études*. Cours magistral. IFSI Colmar : juin 2012.

TENDRON Franck. *Soins infirmiers et gestion des risques*. Cours magistral. IFSI Colmar : 14 février 2011.

THORR Marie-Josée. *Stress et burn-out*. Travaux dirigés. IFSI Colmar : janvier 2013.

Table des annexes

Annexe I : Grille d'entretien pour les IDE

Annexe II : Grille d'entretien pour les patients

Annexe III : Grille d'observation du prélèvement sanguin veineux

Annexe IV : Technique de prélèvement sanguin veineux en vigueur sur le terrain de l'enquête

Annexe V : Protocole de réalisation des prélèvements sanguins au sein du service terrain de l'enquête

Table des matières

Introduction	2
Problématique et question de recherche	3
1. Cadre de référence	5
1.1. <i>Le concept de stress</i>	5
1.1.1. Historique et découverte du phénomène de stress.....	5
1.1.2. Définitions.....	5
1.1.3. Le mécanisme physiopathologique du stress	7
1.1.4. Les indicateurs de stress	9
1.1.5. L'organisation comme source de stress pour les soignants	10
1.2. <i>Le concept de qualité des soins</i>	12
1.2.1. Essai de définition	12
1.2.2. Les différents types de qualité.....	14
1.2.3. Les enjeux pour l'hôpital	16
1.3. <i>Le prélèvement sanguin veineux</i>	17
1.3.1. Définition et indications.....	17
1.3.2. Les enjeux d'un prélèvement sanguin veineux de qualité	18
2. Méthodologie de la recherche	19
2.1. <i>Objectifs de la recherche et intérêt pour la profession</i>	19
2.2. <i>Présentation du terrain d'étude</i>	20
2.3. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	21
2.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion du terrain	21
2.3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des infirmiers.....	21
2.3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients.....	21
2.4. <i>Outils d'enquête</i>	21
2.4.1. L'observation	22
2.4.2. L'entretien individuel semi-directif.....	22
2.5. <i>Déroulement de l'enquête</i>	22
2.6. <i>Difficultés rencontrées</i>	23
3. Analyse des résultats	24
3.1. <i>Présentation des résultats des entretiens menés auprès des patients</i>	24
3.1.1. Critères de qualité d'un soin pour les patients	24
3.1.2. Ressenti des patients par rapport au soin	24
3.2. <i>Présentation des résultats des entretiens menés auprès des IDE</i>	25
3.2.1. Expérience professionnelle des différents IDE	25
3.2.2. Critères de qualité cités par les IDE	25
3.2.3. Satisfaction des IDE par rapport au soin au regard de leurs critères.....	26

3.3.	<i>Présentation des données issues des grilles d'observation du soin</i>	27
3.3.1.	Constats en période de charge de travail normale	27
3.3.2.	En période de charge de travail augmentée	29
4.	Synthèse des résultats	29
5.	Proposition de solutions ou poursuite de l'exploration	31
	Conclusion	32
	Références bibliographiques	33
	Table des annexes	35
	Table des matières	37